



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EL TRASTORNO POR ESTRES
POSTRAUMATICO.
UNA REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
NANCY AIDA ROSAS TAVERA

DIRECTOR DE TESIS: JORGE ALVAREZ MARTINEZ

REVISORA: DAMARIZ GARCIA CARRANZA



MEXICO, D. F.

ABRIL DE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

GRACIAS. . .

- ◆ A Dios, por estar siempre conmigo.
- ◆ A mi madre, Martha Tavera Frausto de Rosas, por su paciencia todos estos años, por ser mi modelo sobre lo que debe ser una mujer y por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas.
- ◆ A mi abuela, la Sra. Ricarda Frausto Anguiano, que se lo merece todo y que siempre ha estado al pendiente de mí.
- ◆ A Jesús Rosas Frías, que ha sido como mi hermano mayor, mi apoyo, mi confidente y psicólogo más que mi primo.
- ◆ A mi familia, por ser mi hogar y mi refugio.
- ◆ A Carlos Cruz López, por estar siempre cuando lo necesité e intentar entenderme siempre. Por estar conmigo y por apoyarme desde el primer día de clases en la licenciatura. Por ser como es.
- ◆ A mis amigos, parientes y demás gente especial, por su apoyo y compañía.
- ◆ A Moisés, por sus porras y sus ánimos.

RESUMEN

El Trastorno por Estrés Postraumático es un Trastorno de Ansiedad. Su estudio surge de la observación de las alteraciones causadas al participar en situaciones de guerra, sin embargo fue después del conflicto en Vietnam cuando se le asignó este nombre y comenzó a considerarse formalmente por los clínicos. La causa es la vivencia de un suceso que no sea común, que genere un sentimiento de impotencia ante la situación y que involucra un impacto muy fuerte. Se caracteriza principalmente por hiperactivación, flashback y evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Actualmente, su estudio se extiende a casos de desastres naturales, accidentes, violencia intrafamiliar, criminalidad sexual, etc.

Su tratamiento varía, aunque la terapia Cognitivo – conductual es la más mencionada en la literatura actual. Desgraciadamente, el desconocimiento general sobre este trastorno conduce a errores en el diagnóstico de las víctimas, por lo que terminan siendo medicadas o tratadas inadecuadamente, en detrimento de su salud mental.

EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. UNA REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.

ÍNDICE.

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 Historia del TPEP.....	4
1.2 Definición. DSM – IV y CIE – 10. Diagnóstico.....	6
1.3 Etiología, Epidemiología y comorbilidad.....	13
1.4 Clasificaciones.....	22
1.5 Psicofisiología del TPEP.....	23
2. EL TPEP EN EX – COMBATIENTES DE GUERRA.....	27
2.1 El caso de las dos guerras mundiales.....	30
2.2 La guerra de Vietnam.....	33
2.3 Situación actual de los “nuevos veteranos” de guerra.....	35
3. EL TPEP EN CASOS DE CRIMINALIDAD SEXUAL.....	38
3.1 Abuso sexual en niños.....	42
3.2 Abuso sexual en adultos.....	44
3.3 Violación.....	47
4. EL TPEP POR DESASTRES NATURALES Y ACCIDENTES.....	50
4.1 Desastres naturales.....	50
4.2 Accidentes.....	53
5. EL TPEP EN CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	54
6. OTROS CASOS DE TPEP.....	59
6.1 Secuestro y terrorismo.....	59
6.2 Violencia y robo a casa.....	63
6.3 Otros casos.....	64
7. FORMAS DE TRATAMIENTO.....	70
7.1 Tratamiento farmacológico.....	73
7.2 Tratamiento psicoterapéutico.....	75
7.3 Terapia cognitivo – conductual.....	82
7.4 Tratamiento por trastorno.....	85
8. DISCUSIÓN FINAL Y CONCLUSIONES. LA SITUACIÓN ACTUAL DEL TPEP.....	93
9. BIBLIOGRAFÍA REVISADA.....	101

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. UNA REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1 Historia del TPEP.

El trastorno por estrés postraumático comenzó a observarse a consecuencia de ciertas afectaciones que sufrían ciertos individuos a consecuencia de su participación en eventos bélicos y sobrevivir a ellos (aunque no siempre se le conoció con este nombre). Las primeras noticias de observaciones de sucesos antecedentes del Trastorno por Estrés Postraumático (en adelante, a lo largo del texto) datan de escritos obra de médicos militares de las guerras napoleónicas y de Secesión norteamericana. Pero es hasta el caso de investigadores como Da Costa (1871) y Alexandra Adler, que dan cuenta de los síntomas observados en veteranos de las dos guerras mundiales en el *American Journal of Medical Sciences* (Kaplan & Sadock, 1982; Belloch, 1995).

El término "trastorno por estrés postraumático" apareció por vez primera en la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders* (DSM-III), pero la noción del trastorno es considerablemente más antigua. La historia de este concepto se ha vinculado estrechamente con la historia de las hostilidades bélicas.

En sus investigaciones, Cazabat menciona que la documentación del TPEP viene desde la década de los 50's: "en 1952 aparece la primera edición del DSM, año en que los psiquiatras norteamericanos estaban tratando activamente a veteranos de la segunda guerra mundial y de Corea", y agrega: " 'Misteriosamente', en la segunda edición del DSM, publicada en 1968, durante uno de los picos de la guerra de Vietnam, la ofensiva del Tet (una ofensiva militar dirigida a más de cien objetivos urbanos con el fin de sembrar el pánico y daño psicológico entre la población, que provocó 57 685 muertos del ejército norteamericano y 153 303 heridos además, esa clasificación desapareció y fue reemplazada por la de 'Trastorno adaptativo de la vida adulta'(Warn, 2003).

En 1871, Da Costa describió un trastorno caracterizado por síntomas de ansiedad en respuesta a un estrés significativo, en el *American Journal of Medical Sciences*:

"Este trastorno, que denominó "corazón irritable", se presentó en un soldado que había combatido en la Guerra Civil (Norteamérica). Como los síntomas principales eran dolor pectoral, palpitaciones y vértigo, Da Costa pensó que el

trastorno se debía a una alteración cardíaca funcional caracterizada por hipersensibilidad e hiperreactividad simpática. Poco después, la alteración fue identificada en otros ámbitos, y se denominó con términos como "corazón de soldado", "síndrome del esfuerzo" o "astenia neurocirculatoria". Incluso antes de que Da Costa describiera el síndrome de estrés en los soldados, Steven Crane ofreció una descripción literaria en *The red badge of courage*. (Kaplan & Sadock, 1982)

En 1895, Page desarrolla la teoría del *shock nervioso*, a partir de las vivencias terribles que se experimentan en accidentes industriales. (Miller, 1998)

Durante los años 40 y 50, se aplicaron teorías físicas y psicológicas al estudio del síndrome postraumático. Quizá la primera descripción amplia de este síndrome tras una catástrofe civil fue ofrecida por Alexandra Adler, quien examinó a las víctimas del desastre del Coconut Grove (un accidente en un centro nocturno en la ciudad de Boston, el 28 de noviembre de 1942) y, posteriormente, a personas que habían padecido lesiones craneanas. Adler subrayó los aspectos físicos y emocionales del síndrome postraumático, incluidos síntomas como la ansiedad, depresión, apatía e intensa activación vegetativa. Otros investigadores describieron un síndrome similar en respuesta a otros tipos de estrés, como accidentes industriales, catástrofes naturales o accidentes domésticos. (Kaplan & Sadock, 1982; Warn, 2003)

La guerra de 1914 – 1918 trajo como consecuencia el que, dentro de la teoría psicoanalítica, se volviera a enfocar la atención en los impulsos del yo y se re-estructuraran varios de los postulados teóricos. La neurosis traumática de guerra (término propio de esta perspectiva teórica) hizo surgir otra vez el problema de la etiología sexual. Pudo verse que los soldados padecían una enfermedad nerviosa producida por las experiencias de la guerra, tenían sueños de un tiempo relacionado con sus experiencias en el campo de batalla que no podían explicar con facilidad la teoría de Freud.

Durante el período de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), empezaron a surgir diversas teorías sobre las causas de los síndromes de estrés postraumático. Algunos observadores, siguiendo el ejemplo de Da Costa, consideraron que las causas físicas eran primarias. Durante la Primera Guerra Mundial (1918-1921) y después de ella, un considerable número de veteranos resultó tener un shock por obús (obús era una pieza de artillería para arrojar granadas); algunos clínicos pensaron que esta enfermedad se debía a una lesión cerebral orgánica secundaria al monóxido de carbono o a los cambios de presión atmosférica.

También se comentó otro término: *shell shock* o trauma del bombardeo. Fue desarrollado por Myers para denominar un cuadro que era desarrollado por pacientes sobrevivientes de estallido de bombas muy cerca de ellos (aunque salieran ilesos). El cuadro estaba caracterizado por la pérdida de memoria, visión, olfato y gusto (Bennasar, 2002).

Con la introducción de la teoría psicodinámica a comienzos del siglo XX, empero, se presentó otro conjunto de explicaciones del síndrome por estrés postraumático. La teoría psicodinámica tendía a subrayar la importancia de las primeras experiencias de la vida en la predisposición del individuo a desarrollar un síndrome por estrés postraumático. La ansiedad de la "*neurosis traumática*" (como se denominó en esos momentos) se consideraba arraigada en un conflicto psicológico, que se producía en respuesta a un desafío intenso del inconsciente y a menudo producido por alguna experiencia del desarrollo. Estas primeras experiencias, que permanecían en el sistema inconsciente, ejercían posteriormente una fuerza simbólica sin la plena conciencia del paciente. Podían ser de naturaleza sexual, como en el caso de la "escena primaria", o bien otro tipo de experiencias, como un ataque de un animal, una culpa no resuelta por alguna ofensa infantil menor, o el terror de la soledad que pudo haber experimentado el niño cuando abandonó por vez primera a su madre para asistir a la escuela. Las situaciones de estrés vividas posteriormente, como el combate, los accidentes o desastres, podían resucitar estos miedos y conflictos no resueltos.

A manera gráfica, el estudio de la sintomatología postraumática y su diferente denominación a través del tiempo podría resultar como la propuesta de Belloch (1995):

ÉPOCA	NOMBRE DADO AL TRASTORNO	MANUAL O CLASIFICACIÓN
1ª Guerra Mundial (1918-1921)	Shock por obús	
2ª Guerra Mundial (1939-1945)	Neurosis de guerra	
1952 – Guerra de Corea	Reacción intensa al estrés	DSM – I
1968	Estrés relacionado con el combate, también llamado Trastorno situacional Transitorio	DSM – II
1980 – Guerra de Vietnam	Trastorno por Estrés Postraumático.	DSM – III
	Reacción Aguda al estrés.	ICD - 9

A través de toda la historia de la investigación del TPEP, un punto muy importante resulta ser que este trastorno no es privativo única y exclusivamente asociado a los ex-veteranos y personal asociado a exposición de combate (guerra), sino que pasó a ser un trastorno que puede desarrollar cualquier persona en cualquier lugar y/ o momento de su vida y que puede ser elicitado por diversos tipos de suceso con características de estrés significativo. Y si bien no ha

abandonado las primeras líneas de investigación (como en el caso de los veteranos de guerra), también se han desarrollado nuevas vías a investigar, como en el caso de una pérdida, el trauma indirecto, etc.

1.2 Definición, DSM-IV Y CIE-10. Diagnóstico.

La Segunda Guerra Mundial determinó un renovado interés por el síndrome postraumático y, eventualmente a su inclusión en la nomenclatura psiquiátrica/psicopatológica oficial. Como muchos veteranos padecían incapacidad psiquiátrica como consecuencia del combate, denominada con términos como "neurosis traumática de guerra", "neurosis de combate" o "grave reacción al estrés" se creó una comisión de expertos para estudiar las manifestaciones psicopatológicas de este tipo en Europa. El concepto de neurosis de guerra, elaborado por Ferenczi, Abraham & Simmel (1921), está basado en el modelo psicodinámico. Describen el rol central de la ansiedad, la persistencia de la aprensión mórbida, una regresión del ego, la función reparativa de manera repetitiva de las pesadillas y el uso terapéutico de la catarsis. (Miller, 1998) Para Freud, el estudio de la neurosis de guerra significó considerar la agresión como un impulso reprimido tan poderoso como el sexo mismo (base de toda su teoría). Según sus estudios, parecía ser una función del impulso de conservación, pero también se encontraba relacionado con el sexo por medio del sadismo (el placer sexual de provocar dolor). Además, el interés que desarrolló por el estudio de los sueños propios de este desorden le permitió elaborar su concepto de la "compulsión de repetición" (compulsión entendida como una tentativa para reparar el trauma, retornando a la época en que todavía no se presentaba, o un intento por dominarlo repitiéndolo).

Este interés condujo a la inclusión de la categoría denominada "grave reacción al estrés" en el DSM-I (Diagnostical and Statistical Manual, punto de referencia que contiene la clasificación de los trastornos mentales, elaborado por la American Psychiatric Association), en el año 1952. Esta descripción subrayaba que el trastorno era una reacción a un estrés grave o infrecuente que suscitaba un enorme miedo en una personalidad normal. La reacción grave al estrés se definía por una reacción transitoria y reversible. Si persistían los síntomas, había que proporcionar otro diagnóstico.

También en la International Classification of Diseases (ICD) aparecía una categoría denominada "grave reacción al estrés". La definición de este trastorno era bastante similar a la aparecida en el DSM-I. En los años 60, la categoría había alcanzado ya reconocimiento internacional y estaba bien avalada por numerosas investigaciones. Por ello, resulta sorprendente que esta categoría se omitiese en el DSM-II cuando apareció en 1968. Sólo se puede suponer que el destino de esta categoría estaba parcialmente vinculado a la historia de la guerra, aunque el síndrome ya había sido descrito por entonces en diversos ámbitos civiles. No obstante, como el DSM-II fue redactado durante el período relativamente tranquilo entre la Segunda Guerra Mundial y el conflicto en Vietnam, sus autores pasaron

por alto la importancia de la categoría o bien supusieron que ya no era preciso incluirla. La Guerra de Vietnam, junto con la insatisfacción de los clínicos interesados por la medicina psicosomática y forense, ofreció una prueba convincente de la necesidad de incluir esta categoría en el DSM-III. (Kaplan y Sadock, 1982)

Así, dada la necesidad de incluirla en la clasificación mundial, la definición del DSM-III, en donde lo citan por primera vez con este nombre, aparece descrito de la siguiente manera:

“El rasgo esencial es el desarrollo de síntomas característicos que siguen a un acontecimiento psicológicamente traumático que por lo general se encuentra fuera del marco normal de la experiencia humana en general considerada normal. Los síntomas característicos suponen una re-experimentación del acontecimiento traumático, una reducción de la capacidad de respuesta al mundo exterior o una reducción de la implicación en él, unida a una gran variedad de síntomas vegetativos, disfóricos o cognitivos. Los síntomas vegetativos, disfóricos y cognitivos incluyen fenómenos como una exagerada respuesta de susto, problemas de concentración, alteración de la memoria, sentimientos de culpa y dificultades de sueño”.

Las clasificaciones de la OMS ignoraron el diagnóstico de TPEP hasta la décima edición. En ésta, los criterios se establecen en función de ser respuesta a una situación estresante de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causaría un malestar “invasivo” en la mayoría de las personas.

La CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, no solo las mentales, elaborada por la Organización Mundial de la Salud), dentro de su clasificación de los trastornos mentales, se refiere al estrés postraumático de la siguiente manera:

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.

- A. El paciente ha debido exponerse a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo.
- B. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (“flashbacks”), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
- C. Evitación de circunstancias parecidas relacionadas al agente estresante (no presentes antes de la exposición al mismo).
- D. Una de las dos:

- 1) Incapacidades para recordar parcial o completa, respecto a aspectos importantes del periodo de exposición al agente estresante.
 - 2) Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición al agente estresante) puestos de manifiesto por al menos dos de los síntomas siguientes:
 - a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
 - b) Irritabilidad.
 - c) Dificultad de concentración.
 - d) Facilidad para distraerse.
 - e) Respuesta de alarma (sobresaltos) y aprensión exageradas.
- E. Los criterios B, C y D se satisfacen en los seis meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin del periodo de estrés (el comienzo retrasado de más de seis meses puede incluirse en circunstancias especiales, lo cual debe especificarse claramente).

Para la CIE-10, el TPEP es equivalente al clásico concepto de neurosis traumática, nombre que fue aplicado a este trastorno, como se mencionó por los teóricos psicodinámicos.

En 1994, cuando aparece la nueva edición del DSM (la cuarta), el estrés postraumático ocupa un lugar dentro de la clasificación de los trastornos mentales y además, es diferenciado de otros (como el estrés agudo) con los cuales es asociado o con los que se presenta simultáneamente (comparten lugar dentro del diagnóstico). En esta nueva edición, el TPEP se define de la siguiente manera:

"La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado). El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de re-experimentación persistente del acontecimiento traumático, de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, y de síntomas persistentes de activación (arousal). El cuadro sintomático completo debe estar presente más de un mes y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo."

Esta definición, como se puede ver, fue un gran adelanto al tomar en cuenta diversas esferas en las cuales puede desarrollarse este trastorno a diferencia de la atención que tenía al principio. Cuando comenzó a tomarse en cuenta este padecimiento, el foco de atención estaba situado en las personas expuestas a situaciones de combate y las consecuencias que mostraban a raíz de sus vivencias en el campo de batalla. Ahora, no sólo se tomaba en cuenta esta posibilidad, sino que además, se incluían otras causas (directas o indirectas) que de igual manera cumplen con la condición de surgir a raíz de una vivencia que sobresale de lo cotidiano y que para el individuo es muy difícil afrontar.

Sin embargo, a pesar de que una de las especificaciones del DSM-IV para diagnosticar TPEP es que las situaciones del trauma sean fuera de lo normal en la vida del individuo, en los casos de TPEP infantil y adolescente esta condición no es necesaria. La razón es que en esta situación los recursos de afrontamiento con que se cuenta son muy pocos o están poco desarrollados. No obstante, a pesar de que un suceso traumático puede o no provocar TPEP, existen excepciones en las cuales existen sucesos que "siempre" provocarán este problema (independientemente de rasgos como edad o género); situaciones donde es importante el sufrimiento deliberadamente inducido por otros seres humanos, como en los casos de tortura o ataques de motivación sádica.

Los criterios que se incluyeron en el DSM-IV del trastorno por estrés postraumático son:

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
 - (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - (2) La persona ha respondido con 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 re-experimentado 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 re-escenificar 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.e., incapacidad para tener sentimientos de amor).
 - (7) Sensación de un futuro desolador (p.e., 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.

Además se hace la diferenciación, que el TPEP puede ser:

1. Agudo.- cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.
2. Crónico.- cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.
3. De inicio demorado.- indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado un mínimo de 6 meses.

Para poder diagnosticar que un individuo tiene TPEP, es necesario que este experimente la siguiente sintomatología:

- o Re-experimentación del evento en sueños o recuerdos intrusivos.
- o Embotamiento emocional o evitación de estímulos asociados con el trauma (numbing).
- o Incremento de la excitación autónoma.- perturbación del sueño, hiperalerta y pérdida de control sobre la agresión.

A final de cuentas, todos los teóricos e investigadores de este trastorno convienen en que "el trastorno tiende a ser más grave y más duradero cuando el suceso sufrido es más intenso y cuando las causas son obras del ser humano y no meramente accidentales" (Echeburúa, 1998). Y también cabe mencionar que el TPEP puede manifestarse de diferente manera y experimentarse de forma diferente entre diferentes culturas y/ o subculturas (Briere, 1997).

Como una definición breve, por su parte, Cohen opina que "el estrés es el resultado de una reacción de auto preservación cuando dichos agentes estresantes atacan a la persona" (Cohen, 1999).

El trastorno por estrés postraumático forma parte de los Trastornos de Ansiedad, y como tal, tiene en común algunas manifestaciones y síntomas con otros trastornos. Muchas veces, se presenta con otros trastornos de manera simultánea, por lo que no se sabe si uno precede a otro y/ o cuál sería el que provocara la aparición del otro. De esta manera, encontramos que es posible diferenciarlo de algunos trastornos, como son los siguientes:

1. Trastorno depresivo mayor, trastorno por ansiedad generalizada y trastornos fóbicos.- la diferencia estriba en que en el trastorno por estrés postraumático los síntomas de depresión, ansiedad o fobia no dominan el cuadro clínico. Existe una polémica sobre si existe una "depresión traumática" como tal o si la depresión surge (o se exagera) después de desarrollarse un TPEP. Se ha visto que los pacientes con TPEP aunado a un desorden depresivo reportan más alteraciones psicológicas y angustia que en caso sólo de TPEP o sólo desorden depresivo.
2. Trastornos de adaptación.- los síntomas o complicaciones del trastorno por estrés postraumático

- tienden a ser más graves, duraderos e incapacitantes que los que tienen lugar en los trastornos adaptativos.
3. Trastornos mentales orgánicos.- no puede hallarse una etiología orgánica para la alteración de la memoria, los problemas de concentración o la pérdida de interés. Si la evaluación médica y neurológica indica la presencia de un trastorno mental orgánico, hay que aplicar ambos diagnósticos.
 4. Neurosis compensatoria.- la diferencia se basa en la medida en que el trastorno es voluntario y si se ha creado por la convicción subjetiva del paciente de haber sido víctima de un accidente para el que precisa compensación. Los síntomas del trastorno por estrés postraumático están totalmente fuera del control voluntario y se presentan incluso si se niega o incurre en la compensación.
 5. Síndrome de posconcusión.- en la mayoría de los casos de síndrome de posconcusión el estrés no es suficientemente grave o catastrófico para que en el paciente se cumplan los criterios para el trastorno por estrés postraumático; el suceso traumático no se revive o re-experimenta y no suele darse aturdimiento psíquico.
 6. Disociación.- se justifica que en este trastorno el sujeto elabora una evitación cognitiva como estrategia de afrontamiento a una situación de miedo o amenaza extremas, y desde este punto, como una reacción secundaria a la ansiedad (Davidson & Foa, 1991; citados en Echeburúa, 1998)).

Las secuelas del TPEP, según el DSM – IV están determinadas de la siguiente manera: “ los individuos con TPEP pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. En ocasiones las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones interpersonales, lo que puede dar lugar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida de empleo. Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (abusos sexuales o físicos en los niños, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, torturas), puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad; vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad, retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás y alteración de las características de personalidad previas”.

1.3 Etiología, Epidemiología y Comorbilidad.

La definición de **epidemiología**, según Kaplan y Sadock (1982) refiere que "la epidemiología es el estudio de la distribución, la incidencia, la prevalencia y la duración de las enfermedades. Permite definir y evaluar las estrategias para prevenir y controlar las enfermedades y discapacidades".

Epidemiológicamente es muy difícil hablar en general de este trastorno, al contrario de otros muchos trastornos que derivan principalmente de la constitución psicológica y biológica de un individuo, porque este tipo de mal está reportado en términos de datos estadísticos al provocarse solamente en respuesta a algún precipitante ambiental inhabitual: masacres, catástrofes naturales, accidentes masivos y algunos traumas individuales. Por ejemplo, no se ofrecieron datos epidemiológicos sobre el índice de neurosis traumática de guerra (como fue denominado este trastorno en un principio) durante la Segunda Guerra Mundial, pero el 26% de los veteranos de Vietnam tuvieron algún tipo de síntomas psiquiátricos y el 7% tuvieron un síntoma depresivo mayor. Aproximadamente 27% de los veteranos de Vietnam fueron diagnosticados con una enfermedad psiquiátrica grave. Por esto sólo se toman en cuenta como indicadores, e incluso, lo son bajo ciertas condiciones escrupulosamente determinadas. Cada uno de los sucesos precipitantes ocasiona datos diferentes y respuestas diferentes, asimismo, la diversidad de razas y culturas (además de épocas y otras variantes) determinan en forma diferente el desarrollo de TPEP en algún momento de la vida.

Bennasar deja muy claro a este respecto: " los trabajos epidemiológicos han de tener bien especificado cuál es el criterio que ampara la determinación de la existencia del acontecimiento traumático o potencialmente capaz de que el sujeto desarrolle TPEP" (Bennasar, 2002).

Sin embargo, existen datos importantes que se han reportado debido a que el estudio de este trastorno ha aumentado a través del tiempo. Se reporta que es mayor el número de mujeres que desarrollan trastorno por estrés postraumático con respecto a los hombres, ya que la diferencia es cuatro veces mayor: por cada cuatro mujeres con TPEP existe sólo un hombre.

Existen pocos datos de la prevalencia (el número de casos que tiene una condición de salud durante el intervalo de tiempo que se concreta y en una determinada población, generalmente expresada en porcentajes) del TPEP, y aún es más difícil definirlos porque los sucesos que lo originan son tan variados y tan diferentes que son poco confiables a veces.

Algunos son los siguientes:

SUCESO TRAUMÁTICO	PREVALENCIA
Acontecimiento traumático en general	8-24%
Accidentes automovilísticos	15-20%
Erupciones volcánicas	42.2%
Ex – combatientes en general	3.5%
Veteranos de Vietnam	19%
Prisioneros de guerra	70-78%
Ataque violento	20.9%
Muerte súbita/ inesperada de un ser querido	60%
Violación	55.5%
Personas con historia familiar de TPEP	5.05%
Atentado terrorista	58%
Victimización en general	25%
Por tornado	59%

Además, se han detallado algunos datos más específicamente, por ejemplo:

TPEP por ataque masivo con armas

- a) 20% en hombres.
- b) 36% en mujeres.

TPEP por erupción volcánica

- a) 3.3% en mujeres.
- b) 0.7% en hombres.

Según Moreno de Vela et al (1999), los factores desencadenantes de TPEP en la infancia y adolescencia específicamente, son:

- o Violencia familiar (61.53%)
- o Separación de los padres.
- o Ver/ vivir hechos traumáticos (38.46%)
- o Fallecimiento o enfermedad grave de un familiar.
- o Sufrir un accidente.

Señala, además, que la sintomatología que muestran consta de timidez, miedo, mutismo y trastornos en el control de esfínteres (en casos de estresor agudo); y tristeza, apatía, conductas oposicionistas y agresividad (en casos de estresor crónico).

La etiología del trastorno por estrés postraumático (del griego *aition* – causa y *logos* – tratado, trata del estudio de las causas de las enfermedades) es multifactorial, debido a que existen diferentes aspectos que determinan la naturaleza propia de dicho trastorno al presentarse en los diferentes casos clínicos: la naturaleza del estrés, la naturaleza de la persona, y algunos factores de origen orgánico.

Por definición, es causado por un estrés tan grave que es probable que produzca traumas psicológicos en la mayoría de los individuos normales; sin embargo, las situaciones estresantes más graves no producen un trastorno por estrés postraumático en todos los individuos que experimentan el estrés. De hecho, se toman en cuenta muchas variables con las cuales es necesario contar para poder definir una cierta situación determinada:

- a) Naturaleza del estrés: el estrés debe ser lo suficientemente grave para estar fuera del ámbito de la experiencia humana habitualmente considerada como normal: desastres naturales, desastres accidentales o desastres deliberadamente causados por la acción humana. El componente psicológico incluye sentimientos de intenso temor, desamparo, pérdida de control y amenaza de aniquilación. El estrés, además, varía de acuerdo a su duración y gravedad; el carácter súbito de un estrés aumenta la gravedad y el individuo se encuentra incapaz de desarrollar defensa alguna. El impacto puede ser también más grave si la persona se siente atrapada o arrinconada y no tiene oportunidad de luchar o huir.
- b) Naturaleza de la persona: existen factores que determinan la predisposición de una persona para sufrir de un trastorno mental, tales como la edad, los rasgos de personalidad, las incapacidades psicopatológicas anteriores, predisposición genética y disponibilidad de apoyos sociales.
- c) Factores orgánicos: en el momento de experimentar el estrés, el organismo reacciona inmediatamente a este suceso. Los síntomas que aparecen inmediatamente después del suceso traumático son producidos, casi con toda seguridad, en parte, por una enorme descarga vegetativa en respuesta al miedo; esta activación autonómica persiste durante días, semanas o incluso meses. En algunos casos, la existencia de traumatismos físicos provocan que el estrés se viva con mayor intensidad, agravándose aún más el problema.

Los eventos reportados como más frecuentes en casos de estrés postraumático son: amenaza (llamada íntima o violación), presenciar actos violentos (fatales o no), ataque físico, accidentes y combate bélico.

Se ha encontrado también que una red de apoyo social actúa como factor protector cuando se vive un suceso traumático. Esto es importante, porque no existe una edad de inicio determinada para el desarrollo de este trastorno, se

presenta a cualquier edad y los miembros de la familia o los amigos pueden representar un soporte significativo para el sujeto. La edad no es un factor determinante, pero a menor edad existe un mayor riesgo de desarrollo y síntomas más severos. Las mujeres se perciben como más apoyadas socialmente en comparación con los varones; este apoyo también beneficia más a las mujeres (o por lo menos, ellas se sienten mayormente beneficiadas) en términos de éxito durante el tratamiento. El tema del apoyo social ha sido observado muy de cerca por los investigadores como un factor importante dentro del desarrollo y tratamiento del TPEP, Golding lo define como "la existencia de calidad en las interrelaciones o una integración social, el contenido funcional de las relaciones (en particular el soporte emocional) y la estructura de dichas relaciones o tareas sociales" (Golding, 2002).

Es importante mencionar y diferenciar la situación de los niños. En general, un niño pequeño es vulnerable a sufrir ansiedad por factores como: dolor físico, separaciones, enfermedad, operaciones, desaprobaciones y, especialmente, por muertes y pérdidas. En el caso de TPEP, las situaciones estresantes suelen ser semejantes a las que causan este trastorno entre los adultos, pero existen situaciones que no salen del margen denominado normal para los últimos y que llegan a provocar un estrés postraumático.

Investigaciones en gemelos han intentado explicar este trastorno con información genética, encontrando que los gemelos monocigóticos muestran mayor prevalencia que los gemelos dicigóticos (True et al, 1993). Además se encontró que si existen antecedentes familiares de ansiedad, esto sugiere una vulnerabilidad biológica para el desarrollo de TPEP. Otro camino que buscaba sustentar la teoría genética fue la que determinaba un gen implicado en este trastorno: en 1996, Muhleman y Gysin propusieron que el alelo del gen responsable de la producción del receptor de dopamina D2 (alelo A1) era el responsable de la susceptibilidad a desarrollar alcoholismo y también TPEP. No obstante con esto, la tesis biológica y genética no ha sido aceptada totalmente por falta de resultados significativos (Carlson, 1999).

También se investigó la relación entre TPEP y el riesgo de farmacodependencia por exposición al combate en gemelos. Los resultados fueron que los gemelos monocigóticos con personalidad depresiva y dependencia a las drogas y/ o al tabaco muestran mayor probabilidad de desarrollar TPEP; de igual manera que la exposición al combate incrementa el riesgo a la dependencia de drogas, y una vida estresante (como con historia de abuso sexual infantil) y resultados negativos a nivel psicosocial.

El interés por explicar los orígenes de este trastorno ha provocado que se busque predecir la aparición de este mal. Breslau (1991) sugirió algunos factores:

1. Sexo femenino.
2. Separación temprana de los padres.
3. Historia familiar de un trastorno y una alteración existentes de antemano.

En todo caso, todos los estudios coinciden en que son factores de riesgo en general:

- o Ser mujer.
- o Antecedentes de vivir una situación traumática similar anteriormente.
- o Rasgos de neuroticismo.
- o Antecedentes personales de síntomas de ansiedad o depresión en los meses anteriores.

Sin embargo, Vallejo et al (2001) proponen como factores de riesgo para desarrollar TPEP de exposición al trauma:

- o Sexo masculino.
- o Problemas conductuales durante la infancia.
- o Extraversión.
- o Historia familiar de consumo de drogas o problemas psiquiátricos.

Y además, los siguientes factores de riesgo de desarrollo de TPEP tras la exposición al trauma:

- o Interrupción de las relaciones con los padres.
- o Ansiedad.
- o Depresión.
- o Antecedentes familiares de ansiedad.

En su investigación, Heltzer (1987) propuso que podía predecirse una historia de TPEP si un sujeto mostraba una historia de problemas conductuales antes de los quince años. Esta suposición se une a las de otros teóricos más que buscaron delimitar que situaciones conformaban un riesgo para desarrollar TPEP.

Los teóricos del aprendizaje trataron de explicar también esta enfermedad. Su explicación está basada en los principios del condicionamiento clásico, expuesto por Pavlov. Suponen que el evento traumático provoca una reacción en el individuo, generalmente de miedo, y la mala interpretación del evento en sí desencadena el trastorno: el sujeto delimita las características de dicho evento (lugar, situación, hora del día, color de algún objeto, un objeto determinado, el evento *per se*, etc.) y "asocia" una de estas variables con su respuesta de miedo. Esto, a su vez, genera las manifestaciones del trastorno: evitación, pesadillas, flashback, ataques de pánico, etc. En términos conductuales, la vivencia representa el estímulo condicionante y la respuesta condicionada es la propia respuesta del individuo afectada por el estímulo que representa el miedo.

Desde los postulados del condicionamiento, Corral et al, (1989) proponen que a mayor número de estímulos condicionados presente en el trauma, mayor es la magnitud del miedo (Echeburúa, 1998).

Desde la perspectiva psicoanalítica, las manifestaciones de la neurosis traumática han de ser entendidos como el producto del bloqueo o de la disminución de las funciones del yo y se expresan precisamente a través de síntomas y mecanismos regresivos, de accesos de emoción incontrolable, de alteraciones graves de sueño con pesadillas típicas en las que el trauma se repite una y otra vez e, incluso, en la evocación del trauma durante el día en forma de sensaciones, fantasías o pensamientos (de forma repetitiva y persistente).

Sigmund Freud, en sus escritos, también se ocupó de la sintomatología postraumática: "a consecuencia de la primera guerra mundial y de las neurosis que entonces se presentaron entre los soldados, Freud prestó atención a la importancia que puede tener el otro instinto que él mismo había postulado: el instinto de conservación. Le pareció que las neurosis de guerra tenían más relación con este impulso que con el sexual. Esto le planteó, entonces, el problema de averiguar de qué manera actuaba también este otro impulso del yo (o de conservación) en la neurosis, y cómo resultaba susceptible de represión. Consideró que la agresión no es un producto exclusivo de la libido, como el mismo había postulado para el caso del sadismo, sino que encontró pruebas suficientes de que también puede producirla el impulso de conservación, como lo puso particularmente en claro la guerra. Según Freud, estas fuerzas también son susceptibles de represión en nuestra cultura y, por tanto, abandonó la creencia de que la represión fuera exclusiva de los impulsos sexuales. Parece que durante los años de la guerra y en los que siguieran Freud estuvo reflexionando sobre el problema hasta que por fin se puso a indagar la manera de conciliar las dos ideas que había expresado sobre la agresión" (Thompson, 1950).

Básicamente, todo este movimiento en el psicoanálisis fue provocado por los sueños particularmente repetitivos que sufrían los veteranos; para Freud, los soldados (que parecían estar 'conmocionados por la batalla') presentaban una situación en la que ocurrían un tipo de sueños que difería de los que ya antes había estudiado con detenimiento, en este tipo de sueños los soldados tendían a revivir la situación traumática (aún cuando fueran dolorosas). Este hecho se explicó después: se propuso que a través de la repetición noche tras noche de las mismas ensoñaciones el sujeto intenta controlar las emociones brotadas del evento traumático en sí, sin éxito, claro.

Una forma de explicar el trastorno por estrés postraumático desde esta perspectiva es atribuirle un origen psicógeno. Los recuerdos y las pesadillas, así, constituyen una expresión del inconsciente, en donde se "mantiene" la vivencia traumática que el yo no ha podido afrontar, esto es, los síntomas son una forma en que el yo "vuelve a vivir" el suceso una y otra vez en su mente.

La perspectiva psicoanalítica postula que el trauma "reactiva" algún conflicto previo no resuelto. Revivir traumas de la infancia produce una regresión y la utilización de mecanismos de defensa arcaicos como la represión, la negación y la anulación (Kaplan y cols., 1996). De hecho, se ha establecido que experiencias suficientemente traumáticas dentro de la vida del adulto, como las experiencias de la guerra o las torturas en los campos de concentración, por ejemplo, pueden producir represión sin necesidad de que haya existido con anterioridad alguna experiencia semejante.

Dentro de esta misma perspectiva, una forma de explicar lo sucedido con la aparición de sintomatología postraumática en los profesionales que tratan con este desorden es a través del fenómeno de contratransferencia, en donde el profesional comparte y experimenta: "variaciones de furia y rabia, culpa, identificación con el agresor, vergüenza, miedo, lástima, reacciones al tema de muerte y/ o asesinato, elaboración del duelo, estigmatización del héroe, envidia, voyeurismo, identificación proyectiva, etc." (Danieli, 1981; citado en Kurian Fastlitch, 2001)

Dentro de las propuestas que intentan explicar el origen del TPEP se encuentra la Evaluación Cognitiva. Ésta propone que el individuo interpreta y otorga un significado a los sucesos, por medio de esquemas cognitivos.

La experiencia de un evento percibido como traumático puede provocar que el sujeto procese la información de dicho evento de forma tergiversada. Y este procesamiento inadecuado de la información puede llevar a la persona a cambiar sus estructuras mentales y/ o sus creencias, o sea, su esquema cognitivo.

La teoría del Procesamiento de la Información, de Foa y Kozak (1986), trata de dar cuenta de las estructuras cognitivas del miedo y de explicar la reexperimentación de los síntomas presentes en el TPEP. Hablan de que las estructuras cognitivas del miedo patológico se distinguen del miedo normal en que contienen elementos erróneos (Echeburúa, 1998).

Desde una perspectiva cultural, se explica el TPEP como "el resultado de una resolución maladaptativa del desafío que supone un acontecimiento que amenaza la vida de un sujeto o de las personas a las que quiere". El sistema que pone en marcha ante la amenaza tiene dos componentes mayores: a) el sistema de detección de la amenaza y de respuesta a la misma y, b) el sistema de apoyo y respuesta social frente a la amenaza. (Bennasar, 2002)

En cuestiones de **comorbilidad** (conurrencia simultánea en el mismo sujeto de dos o más diagnósticos), la mayoría de los pacientes diagnosticados con

TPEP cumplen criterios para ser diagnosticados de, al menos, otro trastorno, entre el 80 y el 62% de comorbilidad frente al 30-15% en los demás trastornos.

Los cuadros clínicos más frecuentes son:

Hombres.

Abuso y dependencia de alcohol (51.9%).
Episodio depresivo mayor (47.9%).
Trastorno de conducta (43.3%).
Abuso y dependencia de sustancias (34.5%).

Mujeres.

Episodio depresivo mayor (48.5%).
Fobias simples (29%).
Ansiedad social (28.4%).
Abuso/ dependencia de alcohol y drogas (27.9%).

De forma general, encontramos algunos datos globales, propuestos por Almanza Muñoz (1998):

ENFERMEDAD	% DE COMORBILIDAD
Alcoholismo	64%
Farmacodependencia	20%
Desorden por Somatización	12%
Depresión endógena	8%
Síndrome Mental Orgánico	4%

Otros estudios agregan otros datos, como tentativa de suicidio (30%) y hospitalización (48%), dolor postraumático (34%), entre otros (Katschnig et al, 2000 y Jacobs, 1999). Además, alcoholismo (22%) en caso de desastres naturales; drogadicción (86%) en caso de los Veteranos de Vietnam; y altos niveles de trastorno de tipo límite, obsesivo-compulsivo, por evitación, paranoide, esquizotípico y pasivo-agresivo (Caballo, 1997).

Se han hecho estudios que tratan de investigar el TPEP y su relación con otros trastornos psiquiátricos. En España (Orengo et al, 2001), se llevó a cabo un proyecto en que se pretendía contemplar la vulnerabilidad al TPEP en personas que ya sufren alguna otra patología. Se compararon dos grupos: uno de población psiquiátrica internada en un hospital español y otro de población sana. Los

trastornos asociados fueron de tipo afectivo, esquizofrénico, de la personalidad, por sustancias, anorexia nerviosa y trastornos delirantes.

Los resultados fueron que los individuos que presentan algún tipo de trastorno psicopatológico son 4 veces más vulnerables al TPEP que la población sana. Un dato sobresaliente provino de los resultados arrojados por este estudio en el caso de anorexia, pues estos individuos (mujeres) trataban de disminuir de peso como forma de evitar la repetición del suceso traumático (abuso sexual/violación).

Es importante señalar que en cuestiones de vulnerabilidad al TPEP, debe diferenciarse el grado de morbilidad que puede mostrarse en diferentes grupos poblacionales. La razón es que el grado de exposición a una situación traumática puede variar significativamente de un grupo a otro debido a las características propias de cada población.

1.4 Clasificaciones.

Si bien es cierto que se ha realizado un buen trabajo en la investigación sobre el trastorno por estrés postraumático, la diversidad de desencadenantes y situaciones en las cuales sucede este desorden han menguado los resultados al intentar realizar una delimitación de la sintomatología, la génesis y demás aspectos propios de este trastorno. Así algunos teóricos han propuesto algunas clasificaciones de las diversas formas de manifestarse de este desorden.

Por ejemplo, Alarcón et al (1997), proporcionan una tipología del TPEP, dividida en seis subtipos, denominados según los síntomas que se presentan: (Miller, 1998)

1. Depresivo.- retardo psicomotor, aislamiento, baja autoestima, etc.
2. Disociativo.- predominancia de flashback, experiencias pseudo alucinatorias, despersonalización, conductas de fuga, desrealización, etc.
3. De somatización.- dolor crónico y físico sin localización o causa identificable.
4. Psicótico.- distorsión, paranoia, inatención, regresiones, etc.
5. Daño orgánico.- daño en atención, concentración, aprendizaje, memoria, cogniciones; confusión, aparente demencia, etc.
6. Neurótico.- ansiedad, evitación, hipersensibilidad, episodios de pánico, etc.

No debe olvidarse la clasificación del TPEP que se proporciona a través del DSM – IV, y que apela al período de latencia en que aparece la sintomatología postraumática. De esta manera, como se mencionó, existe el TPEP agudo, crónico y de inicio demorado.

De acuerdo con los adelantos de la investigación sobre el TPEP y la tecnología, podría esbozarse una nueva clasificación que aludiera al origen: directo o indirecto. Esto, con respecto al fenómeno observado en personas que desarrollan una sintomatología postraumática sin haber vivido o presenciado "directamente" el evento traumático, como lo son los espectadores de televisión o los profesionales en la atención a víctimas.

1.5 Psicofisiología del TPEP.

El trastorno por estrés postraumático no puede ser identificado como un simple trastorno por estrés, porque neurológica y endocrinológicamente la situación del organismo (después de vivir una situación traumática) no puede ser restituida a su estado inicial de manera completa. Esto hace que sufrir una situación traumática constituya un factor de riesgo fundamental para desarrollar este trastorno.

Las bases psicofisiológicas y neurofisiológicas del TPEP han comenzado a estudiarse partiendo de un afán localizacionista, tomando en cuenta las capacidades que son afectadas al desarrollarse este trastorno: memoria, adaptación, procesamiento de la información y aprendizaje.

También se han realizado investigaciones tomando como base las manifestaciones que se hacen presentes como consecuencia de una reactividad al trauma: irritabilidad, hiperalerta, pensamientos intrusivos, pesadillas y sueños repetitivos. O también síntomas psicofisiológicos como taquicardia, ataque de pánico, dolor músculo- esquelético, cefalea y alteraciones gastrointestinales.

Varias investigaciones hacia este respecto han comenzado sus estudios partiendo de las funciones que se ven afectadas al presentarse un caso de estrés postraumático.

Parker (1990) estudió las vías sensorial y emocional, la secreción de la glándula adrenal de hormonas glucocorticoides, como por ejemplo el cortisol (la llamada "hormona del estrés"). Sus hallazgos señalan que altos niveles de cortisol aparentemente reducen la actividad cerebral, especialmente en el hipocampo,

importante en la memoria y la retroalimentación de la información involucrada en el proceso de modulación de la respuesta al estrés. En casos de TPEP, se pueden ver oscilaciones en el sistema cerebral de memoria del estrés que pueden justificar los ciclos de intrusión y evitación, características de este desorden. (Miller, 1998)

Teicher y cols. (1994) encontraron pruebas sustanciales de que las experiencias traumáticas tempranas afectan al desarrollo de la corteza cerebral y el sistema límbico (Palacios & Heinze, 2002).

Charney y cols. (1993) encontraron que el daño inducido por el estrés de una potenciación neural en la amígdala y locus coeruleus puede ser responsable del desarrollo de un daño en el aprendizaje y memoria en el TPEP. O sea, un déficit en el proceso de aprendizaje se ve involucrado cuando la extinción aparece y este déficit puede dañar aún la extinción normal en pacientes con este trastorno, dando paso a una persistencia anormal de las memorias emocionales. Al mismo tiempo, la activación del locus coeruleus de la amígdala aumenta la recuperación de la memoria traumática. Por este mecanismo, algunas de las respuestas neurobiológicas al trauma pueden facilitar el aumento de codificación de las memorias traumáticas. Esto explicaría parcialmente la "paradoja" del déficit de aprendizaje y memoria coexistentes con intensidad anormal de recuerdos intrusivos en sujetos con TPEP (Miller, 1998).

Según Saita Kamino (1999), " la liberación de la hormona corticotrópica y la secreción de noradrenalina en el locus coeruleus son los dos efectos predominantes de la respuesta generalizada de estrés. El efecto se obtiene por medio de los corticoesteroides y catecolaminas, los cuales determinan que el organismo movilice combustibles para una acción inmediata, que se manifiesta por una adaptación conductual y física al estímulo" (la preparación para la lucha o la huida).

Sustancias como la dopamina y la noradrenalina también han sido relacionadas con el TPEP. La noradrenalina puede estar implicada a través del incremento en los disparos tónicos en el locus coeruleus del sistema noradrenérgico. Un dato que provoca que se suponga que el TPEP está relacionado con alteraciones en el sistema dopaminérgico es la conducta de hipervigilancia y/ o estado motivacional del paciente, característico y necesario para el diagnóstico de estrés postraumático.

Siguiendo el ánimo localizacionista, diversas investigaciones han intentado determinar el papel de ciertas estructuras cerebrales en el desarrollo y evolución del TPEP. Estudios de neuroimagen han centrado su atención en estructuras tales como hipocampo, amígdala, cuerpo calloso, cíngulo anterior y corteza prefrontal. De todos estos, el hipocampo sobresale en casi todas las investigaciones como el centro más afectado. La idea de que el TPEP pueda coexistir con lesiones hipocámpales ha dado como resultado un hallazgo modesto.

Las técnicas de neuroimagen han funcionado, hasta el momento, con resultados poco definidos. Sin embargo, sus hallazgos dan cuenta de la necesidad de hacer más investigación hacia este respecto.

En una propuesta al respecto, se señala que el aumento de glucocorticoides (inducido por el estrés) incrementa a su vez la secreción de aminoácidos excitatorios tales como el glutamato, que puede a su vez provocar lesiones estructurales. En el TPEP, el valor del factor de liberación corticotrófico está elevado mientras que las concentraciones de cortisol están disminuidas. Tanto en los trastornos por estrés agudo y crónico como en la depresión ambos niveles están disminuidos.

Existen otros estudios en los cuales, a través de la técnica de Resonancia Magnética, se ha hallado un decremento del volumen hipocampal en sujetos con TPEP, y en otro se encontró además que dicho decremento ocurría también en la región medial del lóbulo temporal izquierdo. La disminución en el hipocampo fue de hasta un 8%, y también se observó una reducción del 26% en el lado no dominante frente a una reducción de 22% en el lado dominante (Bennasar, 2002). Estos datos provienen de sujetos sobrevivientes de situación de guerra, pero también se repiten en el caso de adultos sobrevivientes de abusos recibidos en la infancia tras controlar las variables de confusión aunque, en este caso, el porcentaje de reducción no se asocia con el número de síntomas de TPEP, ni con el déficit de memoria.

La técnica de Tomografía por Emisión de Positrones se utilizó en un estudio realizado por Reman (1986), con pacientes que presentaban crisis de pánico inducida por lactato sódico y con otros individuos control. Los enfermos presentaban asimetría hemisférica en el flujo sanguíneo y en el metabolismo del oxígeno, y una predisposición anormal para episodios por hiperventilación (Hamad, 1994).

Con otra técnica, la Tomografía Computarizada por Emisión de Fotones Simples, se detectó un flujo sanguíneo cerebral aumentado que, bajo condiciones de estimulación mediante recuerdo activo del acontecimiento estresante, se convertía en disminución generalizada, al contrario que en los individuos control normales.

Con la técnica de Potenciales Evocados, se encontró que tanto la actualización de recuerdos como el empleo de la memoria de trabajo provocan pautas de respuesta anormales en el funcionamiento cortical.

Sin embargo, estos datos no son precisamente prueba de que estas alteraciones ocurran como consecuencia al evento traumático, sino que pudieran existir previamente. Esto daría soporte a la teoría genética, representando un factor de riesgo para el desarrollo de TPEP de tipo hereditario.

Tirapu et al. (2001), a través de sus estudios, proponen una serie de factores orgánicos que se manifiestan en un caso de TPEP:

- o Aumento en la secreción de catecolaminas y cortisol.
- o Aumento del catabolismo de la noradrenalina.
- o Disminución tanto del número como de la sensibilidad de los receptores alfa-adrenérgicos.
- o Hipersensibilización del sistema límbico.
- o Fracaso en la inhibición cortical por parte de las estructuras inferiores del tronco cerebral, el hipotálamo y el locus coeruleus.
- o Hiperactivación en los sistemas de opiáceos endógenos.

Las implicaciones que tendrían los hallazgos en neuroimagen dentro de la investigación del TPEP son fundamentales. Se ha mencionado que el cortisol ("la hormona del estrés") es una sustancia que aumenta su secreción ante la presencia de una situación traumática, y que ésta provoca cambios en el hipocampo (como la disminución en el volumen hipocampal). Y, como ha podido observarse, el hipocampo está íntimamente ligado a las capacidades de aprendizaje y de memoria.

La amígdala es una estructura que "media" las situaciones emocionales que se "evalúan" en el hemisferio derecho. Los eventos traumáticos necesitan ser evaluados en estos centros cerebrales, debido a que representan una carga emocional intensa. A través del tálamo, la amígdala recibe información de los estímulos simples (auditivos y visuales), como los que intervienen en la conducta defensiva o agresiva. En los estímulos complejos (como la identificación de personas), es necesaria la intervención de la corteza respectiva de asociación sensorial; la amígdala recibe la información de la corteza temporal inferior y de la corteza del polo temporal y estas regiones reciben información de la corteza de asociación. Para que esta función se lleve a cabo de manera integral, es necesario que ambos hemisferios estén unidos y que ambas amígdalas se encuentren íntegras. (Cherem & Saita Kamino, 1999)

Resumiendo esto que se ha mencionado: ante un evento traumático, el individuo responde "codificando" la información entrante en el ámbito de significado hablado (área de Broca y medial temporal) y en el ámbito emocional (amígdala, hemisferio derecho), de manera que se elicite una respuesta motora y una de memoria y aprendizaje. Esto es, el individuo procesa la información entrante (traumática) y la evalúa sensorialmente (vía hipocampal); se almacena en la memoria y desarrolla una respuesta "aprendida" que va determinada por lo que el cerebro "le indica" que significa para el propio sujeto y que va a repetir tantas

veces como esa información inicial (estímulo traumático) se presente. Si tales estructuras necesarias para la generación de secuencias y categorización cognoscitiva de una experiencia no funcionan adecuadamente, entonces en caso de un evento traumático la experiencia se "elabora" de una manera alterna y errónea. Y se almacena dentro de la memoria de esta manera tergiversada, por lo que las ocasiones subsecuentes en las cuales el individuo se vea en situaciones semejantes su respuesta será semejante.

Otros hallazgos de este tipo están relacionados con la función de sueño, más detalladamente, con el sueño MOR (de Movimientos Oculares Rápidos). Es conocido que una de las funciones del sueño MOR es la integración de la información y la adaptación emocional durante el periodo de sueño. Así, las alteraciones de sueño podrían explicar la relación de la sintomatología del TPEP y las interpretaciones erróneas del suceso traumático. Si un evento es elaborado de manera errónea durante el sueño, entonces se almacenará de esta forma (equivoca); y si, posteriormente a un suceso traumático, la persona pierde calidad en su sueño, es mayor la posibilidad de que la información relativa al suceso traumático quede elaborada de manera inadecuada (aumentando la probabilidad de desarrollar una sintomatología postraumática).

Este fenómeno ocurre frecuentemente, debido a que el sujeto revive la situación traumática en sus sueños y, de alguna manera, evita volver a soñar con lo mismo, por lo que el detrimento en la calidad de sueño del sujeto con TPEP es usual.

2. EL TPEP EN EX - COMBATIENTES DE GUERRA.

La guerra es un hecho que ha acompañado a la Humanidad a través de toda su historia, casi es posible afirmar que ha formado parte de su historia como un factor determinante. Pero al mismo tiempo, ha llegado a determinar al hombre al participar en ella. . . y al sobrevivir a ella. Tanto los soldados como las víctimas inmersas en la situación de guerra se dicen "marcados" por esta situación tan significativa, y las consecuencias muchas veces no son agradables tanto para los que las viven como para los que las presencian (familiares y amigos). A través de la Historia se han desarrollado infinidad de conflictos en que el aspecto bélico es una característica común, por lo que dentro de sus consecuencias existe una en común también: la sintomatología mostrada por los soldados que participan en estos conflictos y que sobreviven a ellos.

A través del tiempo, el TPEP se ha denominado de diferentes maneras. A manera de ejemplo, el siguiente cuadro muestra las diferentes denominaciones dadas a este trastorno en los conflictos en que participaron soldados de los Estados Unidos (Kaplan & Sadock, 1999):

GUERRA	TRASTORNO
Guerra Civil.	'Corazón Irritable'.- fatiga, ahogo, palpitaciones, dolor de cabeza, sudoración excesiva, mareos, alteraciones en el sueño, desmayos.
Primera Guerra Mundial.	'Síndrome de esfuerzo'.- fatiga, ahogo, palpitaciones, dolor de cabeza, sudoración excesiva, mareos, alteraciones en el sueño, desmayos, dificultades de concentración.
Segunda Guerra Mundial.	'Reacción de Estrés al Combate'.- fatiga, ahogo, palpitaciones, dolor de cabeza, sudoración excesiva, mareos, alteraciones en el sueño, desmayos, dificultades de concentración, olvidos.
Guerra de Vietnam.	'Trastorno por Estrés Postraumático'.- fatiga, ahogo, palpitaciones, dolor de cabeza, dolores musculares y en las articulaciones, mareos, alteraciones en el sueño, desmayos, dificultades de concentración, olvidos.
Guerra del Golfo.	'Síndrome de la Guerra del Golfo'.- fatiga, ahogo, palpitaciones, dolor de cabeza, dolores musculares y de las articulaciones, alteraciones en el sueño, dificultades de concentración, olvidos.

A pesar de que la formación de un soldado incluye una preparación especializada para afrontar y manejar eventos traumáticos y/ o de estrés máximo, muchos desarrollan y manifiestan sintomatología psicopatológica al momento de regresar a casa y a su vida normal. Aunque también existen casos de soldados que tienen que ser devueltos a causa de la incapacidad provocada durante el servicio activo en la guerra, por motivos similares.

Un fenómeno observado en el personal militar consiste en la necesidad de "alejarse" temporalmente a sus miembros del servicio activo. La razón es que muchos de ellos, al estar sometidos a situaciones provocadoras de alto estrés, desarrollan sintomatología postraumática al empatizar con las problemáticas de la

gente (cuando atienden necesidades de víctimas, como en el caso de los desastres naturales) o debido al horror característico del campo de batalla. La cantidad de bajas por este motivo está calculada en un 40% al año, aproximadamente (Warn Cruz, 2003).

El cine marcó la pauta para mostrar asuntos de este tipo: nos mostró individuos que, terminada la guerra, subían a lo alto de los edificios y disparaban a toda la gente que se encontrara en las calles, creyendo que aún se encontraban inmersos en la batalla. Según Albuquerque, "en los combatientes el agente estresante que puede causar el TPEP es el escenario de guerra, en el que los soldados se ven obligados a afrontar una serie de situaciones durante un cierto período de tiempo" (citado en Belloch, 1995).

A través de las investigaciones con las víctimas de guerra, se han observado una serie de eventos que fungen como estresores (Van der Kolk, 1984 / Escobal y Blann, citados en Belloch 1995). Los excombatientes reportan que atribuyen el estrés de la guerra a la muerte de un compañero, el combate en sí mismo y el hecho de ser herido (entre otros).

Según Benyakar (2003), "el trauma de la guerra está ligado principalmente al hecho de que un sujeto se deba enfrentar a la inminencia de su propia muerte y a la caída de la creencia en su invulnerabilidad. El cara a cara con la muerte propia desata un conflicto entre, por un lado, su sentido del deber y su autoestima y, por el otro, su deseo de sobrevivir. Este intenso y súbito conflicto se combina con la fatiga del yo en un cóctel explosivo que provoca un estado de ansiedad extrema y el caos interno".

En general, existen diversas causas de estrés relacionadas con las situaciones de guerra, entre las que se encuentran:

- o Exponerse al combate.
- o Participar o ser testigo de abuso de violencia.
- o Afrontar una muerte o heridas graves de compañeros de la unidad de combate.
- o Entrar en contacto con personas muertas o heridas en batalla.
- o Quedar aislado de los compañeros de la misma unidad de combate.
- o Afrontar la perspectiva de la muerte de uno mismo.
- o Ser herido.
- o Exponerse a condiciones inhumanas (climas extremos, enfermedades tropicales, alimentación inadecuada, higiene totalmente insuficiente, etc.).

A través de las observaciones, los clínicos han delimitado el cuadro clínico prototípico de TPEP en excombatientes: apatía, pesadillas, amnesias selectivas, fenómenos disociativos y complicaciones asociadas (depresión, alcoholismo y farmacodependencia). Las alteraciones de sueño, en particular, son reportadas por los veteranos con TPEP con un 91% de frecuencia. Entre estas alteraciones

se encuentran las llamadas pesadillas. Las víctimas que reportaban sueños que incluían información relacionada con el trauma (o revivían el trauma mismo) mostraban una mayor severidad del trastorno que los que no “soñaban” con el trauma.

Los militares veteranos presentan como factores de riesgo alto para desarrollar esta patología factores como son: antecedentes psicopatológicos, historia de abuso en la infancia, y personalidad inmadura, entre otros menos significativos.

El pronóstico para los veteranos de algún conflicto bélico en general expresado en números es el siguiente:

- o 30% se recupera completamente.
- o 40% continúa presentando síntomas leves.
- o 20% continúa presentando síntomas moderados.
- o 10% no experimenta cambios, e incluso, empeora.

2.1 El caso de las dos guerras mundiales.

A principios del siglo XX, la situación mundial no era la mejor, sobre todo en la vieja Europa. Los conflictos entre las naciones por viejas rencillas, el incipiente terrorismo, la pelea por territorios y la caída de las viejas monarquías, sacudían al pueblo europeo. Los movimientos ideológicos y la Revolución Industrial, por su parte, transformaban el entorno social y cultural, conformando nuevos horizontes y perspectivas entre las naciones.

En agosto de 1918, como consecuencia de un atentado por terroristas serbios que terminó con la vida del Archiduque Francisco Fernando de Austria y su esposa, comienza la Primera Guerra Mundial, que duró hasta 1921; en 1939, a consecuencia de la violación de los tratados del Congreso de Viena y del surgimiento del idealismo nazi (con la invasión a Polonia), tiene lugar la Segunda Guerra Mundial, que concluyó en agosto de 1945 (con la rendición de Japón).

La primera guerra mundial fue el marco perfecto para que se pudieran observar los adelantos que la tecnología bélica que el siglo XX aportaría, dando un giro total al carácter de las nuevas formas de atacar. Submarinos y aviones eran la nueva cara de los ejércitos europeos, sobre todo, potencias como Alemania, Inglaterra y la antigua Unión Soviética; aunque constituían grandes adelantos tecnológicos simultáneamente fueron la causa de enormes pérdidas humanas:

Alemania reportó 13 millones de submarinos hundidos y la URSS 500 000 bajas. En total, para esta guerra fueron movilizados 65 038 810 activos y de éstos, las bajas fueron 8 538 315, los heridos fueron 21 219 452 y reportaron 7 750 919 como prisioneros de guerra o desaparecidos.

La segunda guerra mundial fue, además de un conflicto mucho más grave que el de 1918, la causa de grandes cambios en la vida mundial; las antiguas potencias quedaron reducidas casi a la ruina y nuevas naciones consolidaron su poderío. Dentro de las características de esta guerra, las innovaciones en el armamento constituyeron un gran impacto en la salud mental internacional: genocidio racial, ataques suicidas. . . todo incomparable con la imagen más representativa del daño de esta guerra, las explosiones de la bomba atómica en las ciudades japonesas de Hiroshima y Nagasaki.

Los prisioneros de guerra son una característica cotidiana de los conflictos bélicos, desde la antigüedad; sin embargo, durante esta guerra, los prisioneros conocieron una amenaza que causaría grandes estragos en sus mentes y en el resto de sus vidas: los campos de concentración nazis. Al principio sólo eran campos comunes (konzentrationslager) en donde eran forzados a trabajar, pero después fueron centros de exterminio (vernichtungslager) por motivos raciales (semitas, gitanos, homosexuales) en donde eran comunes las muertes por cámaras de gas, inyección letal y experimentos médicos, además de las muertes a causa del hambre, enfermedades y epidemias por falta de higiene y por el maltrato sufrido en general. Las bajas en estos lugares fueron de 7 a 8 millones, aunque oficialmente se dice que fueron 5 millones de víctimas en el llamado Holocausto.

Las estadísticas sobre la prevalencia de TPEP en las víctimas del Holocausto son:

- a) 47% mostró sintomatología postraumática 40 años después de ocurrido el cautiverio.
- b) 51% en prisioneros de campos de concentración.
- c) 65% en prisioneros de campos de exterminio.

Algo que llamó sobremanera la atención de los aliados fue la aparición de los llamados 'kamikazes' (en japonés "viento divino"). A estos soldados se les entrenaba para atacar causando gran daño aún a costa de su propia vida. Mucho tiempo después se supo que muchos de ellos eran forzados o manipulados psicológicamente para que lo hicieran y que la mayoría eran muy jóvenes.

Dentro de las innovaciones que ocurrieron durante el segundo conflicto mundial, con respecto al armamento, se introdujo el empleo de armas biológicas y/ o químicas, causando daños hasta ese momento inimaginables y devastadores. . . física y psicológicamente. Por ejemplo, Japón comenzó (desde su conflicto con China) el uso de ofensivas a base de gases.

Si durante el primer conflicto mundial las bajas fueron considerables, en este fueron enormes. Las estadísticas finales fueron:

- Total de soldados reclutados: 110 millones.
 - a) URSS: 22-30 millones.
 - b) Alemania: 17 millones.
 - c) USA: 16 millones.
- 5 millones de víctimas en el Holocausto nazi.
- Bajas: 55 millones (25 militares y el resto civiles).
 - a) URSS: 27 millones.
 - b) Países Aliados: 44 millones.
 - c) Japón: 6 millones.
 - d) USA (población civil): 400 000.

Estos dos conflictos marcaron la vida y el rumbo del mundo en el resto del siglo en curso y, como consecuencia, de su salud mental.

Desde la Primera Guerra Mundial los médicos, acompañando a sus batallones, dieron cuenta a la comunidad médica internacional de los padecimientos de los soldados inmersos en la guerra. Uno de ellos fue la llamada fatiga de combate (antecesor del TPEP). Durante la Segunda Guerra Mundial, las alteraciones mentales fueron más graves; los campos de concentración y el terror anti-semítico y racial nazi, la neurosis traumática, la amenaza atómica, los bombardeos a las ciudades, etc., fueron novedades de guerra que provocaron un pánico generalizado a todo el mundo y con él, los problemas postraumáticos desprendidos de vivir estas nuevas situaciones tan catastróficas y horribles.

Los expertos de la salud mental se encontraron ante nuevos padecimientos, y tuvieron que hacerles frente de alguna manera. El psiquismo mundial se vio envuelto en una tragedia monumental que afectaba a miles de personas.

Este tipo de veteranos fueron tratados con diversas formas de fármacos y psicoterapia, como la narcosíntesis y el account-making (elaboración de relatos escritos), la exposición, el psicoanálisis, etc.

Los veteranos de la Segunda Guerra Mundial tratados con account-making desarrollaron temáticas muy semejantes entre sí: la muerte de sus amigos y su propia juventud perdida a causa de la guerra.

El seguimiento durante 20 años de personas damnificadas por la Segunda Guerra Mundial demostró que los síntomas de irritabilidad, depresión y alteraciones de sueño se intensificaron a partir del final de la guerra. Los seguimientos realizados a veteranos del conflicto en Corea y de la Segunda Guerra Mundial mostraron secuelas psiconeuróticas muy significativas y de forma persistente en aquellos que habían sido prisioneros de guerra. Los síntomas depresivos son característicos tanto de esta clase de sobrevivientes como de los

campos de concentración, aunque en estos últimos la gravedad sea mayor (debida a las características de su reclusión en estos lugares).

2.2 La Guerra de Vietnam.

Avanzada la segunda mitad del siglo XX, un conflicto sacudió al mundo: la Guerra de Vietnam (1964-1975). Esta guerra entre Estados Unidos y Rusia (como fuerzas principales) en este territorio asiático fue de una magnitud tan grande que dejó una marca imborrable en la mente del pueblo norteamericano. Fue conocido por muchos el tipo de experiencias que enfrentaron los soldados en este suceso y se habló de que eran terribles, sobre todo las de los prisioneros de guerra (situaciones de tortura, hambre, privaciones, falta de higiene, etc.). Los soldados, sobre todo los norteamericanos, se quejaban de que estaban inmersos en un conflicto que no les incumbía y que mucho menos estaban peleando por defender a su país o algo semejante (sin olvidar su terrible derrota). Los soldados que desarrollaron problemas psicopatológicos no eran sólo norteamericanos, también los había de origen vietnamita y de otras nacionalidades. O'Toole et al (1996) encontraron que el 20% de los veteranos de Vietnam que desarrollaron TPEP eran de origen australiano; el 77% experimentaron pesadillas aún después de un tratamiento grupal nueve meses después, y la tasa a los tres meses era de 88% (Forbes et al, 2003). A su vez, Scurfield (1993) encontró que los 3.14 millones de vietnamitas que sirvieron a la milicia entre 1964 y 1975 desarrollaron TPEP para 1980 (15.2% de prevalencia).

En general, las cifras reportadas como oficiales acerca de la prevalencia de TPEP en los veteranos de la Guerra de Vietnam son:

- a) 3.5% si no fueron heridos.
- b) 20-40% si fueron heridos en combate.
- c) 50% si fueron hechos prisioneros de guerra.

La guerra de Vietnam marcó la pauta para que el Trastorno por Estrés Postraumático ocupara un lugar en el Manual de Desórdenes Mentales (DSM – IV) como tal y que la comunidad médica y psicológica se ocupara de los aquejados con una forma definida y objetiva. Fue el motivo que dio paso al desarrollo de la terapia de grupo a través de los grupos de charla, nacidos en 1971 en Estados Unidos, y de otras técnicas que siguen utilizándose. Sobre todo, la situación psicológica de los veteranos de Vietnam preocupó sobremanera a los profesionales norteamericanos, lo que dio pie a que los trabajos de investigación sobre su experiencia en el combate y sus consecuencias abundaran. El gobierno de EUA (National Vietnam Veterans Readjustment Study, Kulka y Cols., 1990; citados en Carlson, 1999), por ejemplo, a través de su investigación reportó que

había cuatro factores que aumentaban la probabilidad de que una exposición al combate deviniera un TPEP:

- o "Haberse criado en una familia con dificultades económicas,
- o Tener antecedentes de abuso o dependencia de drogas,
- o Tener antecedentes de trastornos afectivos, y
- o Tener antecedentes de problemas conductuales en la infancia".

La situación de estos soldados fue dramática; antes de la guerra, los soldados tenían una forma de ser que todos reconocían. . . después de regresar, su vida y su personalidad habían cambiado por completo. Y su adaptación a la nueva realidad la mayor de las veces resultó un fracaso. Los veteranos de Vietnam mostraron una gran tendencia al alcoholismo y a la drogadicción a su regreso de la guerra. Una hipótesis sugiere que esto se debe a la relación entre la hiperactividad adrenérgica y la desregulación opioide con el TPEP, como causa neurobiológica.

Además, su vida no pudo ser vista (después de la guerra) como normal. Muchas esposas de los veteranos de Vietnam los abandonaron porque, a partir de su regreso, apareció en la dinámica familiar el maltrato y violencia domésticos, producto de su labilidad afectiva y farmacodependencia. Investigaciones al respecto manifestaron que "los síntomas de entorpecimiento emocional e irritabilidad aumentan, y los ataques de violencia afectan significativamente incitando la discordia matrimonial, mientras disminuye sustancialmente el apoyo de la pareja" (Rendón y Law, 1985). Así, sin el apoyo de sus antiguas parejas, el horizonte de estos veteranos parecía bastante desolador y colaboraba para que se presentaran mayores problemas, tanto de salud como de cualquier otra índole (Kurian Fastlitch, 2001).

Un dato importante sobre los que participaron en la guerra de Vietnam y que pocos conocen es el que vivieron las mujeres inmersas en el ejército. Dentro del personal militar que combatió en Vietnam y que a su regreso desarrolló TPEP, se encontró un número importante de mujeres que sufrieron de acoso-abuso sexual durante su desempeño en la guerra, pero no lo reportaron porque sus agresores fueron sujetos que formaban parte del personal militar con rangos superiores y revelar el abuso equivalía a ser despedidas. Ellas no sufrieron TPEP a causa de la guerra, pero ésta sí fue un factor que (por sus características) produjo que su situación se viera agravada en detrimento de su salud mental.

El tratamiento psicológico y farmacológico para estos veteranos causó una transformación en la forma de tratamiento al TPEP debido a que, por la ocurrencia de la guerra de Vietnam y sus consecuencias en los soldados que participaron en ella, el TPEP alcanzó un lugar en el DSM – IV, por supuesto, con resultados diversos.

Los veteranos que fueron tratados con account-making, por ejemplo, hacían énfasis en su sintomatología postraumática, que les incapacitaba para expresar

amor o cariño hacia sus familiares y/ o amigos, o expresar sus sentimientos libremente. Escribían sobre sus problemas para relacionarse con los demás (incluyendo a sus esposas e hijos), el divorcio, dificultades de sueño, pesadillas, problemas en su trabajo y/ o carreras profesionales, y sobre todo para aceptar a las nuevas figuras de autoridad propias de su nueva "vida normal" (sobre todo si eran de altos rangos militares).

Por otro lado, también aparecían aspectos positivos en sus relatos, aunque fuera al final de su tratamiento: ganarse el respeto de sus compañeros, ascender de grado militar, el aprendizaje obtenido en la toma de decisiones, su éxito obtenido al sobrevivir a la guerra, etc. El 50% de los veteranos de Vietnam estaban satisfechos, por ejemplo, de haber hecho buenos amigos entre sus compañeros soldados.

Cerca del 50% de los veteranos de Vietnam buscaron ayuda psicológica en forma de terapias grupales, hablando de conflictos vividos y re-experimentados a través del tiempo a partir de que terminó la guerra. Básicamente, su necesidad primaria era saberse apoyados y escuchados, no vistos como enfermos mentales. De hecho, los grupos de charla surgidos en 1971 consistían en reuniones de veteranos que compartían sus experiencias e invitaban a un clínico a 'supervisar' las charlas (pero no eran sesiones clínicas propiamente).

2.3 Situación actual de los "nuevos veteranos" de guerra.

Conforme ha pasado el tiempo las guerras han cambiado al igual que la Humanidad que participa en ellas. Ahora la amenaza es mucho mayor con el desarrollo de armas nucleares y demás que causan una devastación tan grande que nadie hubiera podido imaginar. Además estas situaciones bélicas surgen de la noche a la mañana, provocadas por ideologías o creencias religiosas, por la posesión de pozos petroleros o por el hecho de poseer arsenales nucleares. Esta situación pudo observarse claramente durante el conflicto entre Estados Unidos e Irak, conocido como la Guerra del Golfo Pérsico (enero – febrero de 1991). Este conflicto surgió a causa de la invasión al territorio de Kuwait por parte de tropas iraquíes. Como una respuesta, un ejército combinado con tropas norteamericanas y de las fuerzas de la OTAN fue enviado a combatir dentro del territorio de Kuwait. Aunque el conflicto fue relativamente breve, las bajas iraquíes fueron muchas. Por el contrario, en el ejército norteamericano sólo se reportaron 149 bajas y 513 heridos. Después de regresar de la llamada Tormenta del Desierto, aproximadamente una cuarta parte de los soldados exhibieron síntomas de TPEP. Desde julio de 1995, se han reportado poco más de 4 100 reclamaciones por parte de veteranos partícipes en la Guerra del Golfo Pérsico por incapacidad provocada por TPEP relativo al combate.

Los datos sobre la prevalencia de TPEP en estos veteranos son:

- a) 25% después de las batallas y mientras permanecían en el Golfo Pérsico.
- b) 32% al finalizar su estancia en combate.
- c) 29% al regresar a su domicilio.

La participación de Norteamérica en las dos guerras mundiales, la Guerra de Vietnam y el conflicto en el territorio del Golfo Pérsico (además de todas sus intervenciones armadas en territorios del Medio Oriente) han provocado que el gobierno y las asociaciones de clínicos de la salud mental desvíen su atención a la situación de los soldados que forman parte de estas incursiones armadas. De hecho, casi toda la investigación actual proviene de los estudios realizados en esa población, por iniciativa militar de las autoridades estadounidenses. En una publicación norteamericana se destaca la importancia de realizar investigación al respecto y de darle un lugar adecuado al tratamiento de la sintomatología postraumática desarrollada en este tipo de vivencias:

“Los médicos deben reconocer que los veteranos del Golfo Pérsico están sufriendo trastornos relacionados con el estrés y las consecuencias físicas del estrés. Estas enfermedades no deben ser ocultadas ni negadas, ya que son entidades bien reconocidas y estudiadas de manera experta en los supervivientes de guerras anteriores, especialmente en el conflicto con Vietnam. Como médicos no deberíamos aceptar el diagnóstico antes de excluir cualquier posible factor fisiológico tratable, pero al mismo tiempo, necesitamos reconocer la presencia de enfermedades relacionadas con el estrés tales como la hipertensión, fibromialgia y fatiga crónica entre los veteranos del Golfo Pérsico y, consecuentemente, manejar sus enfermedades de manera apropiada. Como nación, debemos ir más allá de la falacia de que las enfermedades mentales son irreales o vergonzosas y reconocer que la mente y el cuerpo están ligados de manera inevitable” (Journal of the American Medical Association, 1997; citado en Kaplan & Sadock, 1999).

Las causas más importantes para que estas guerras sucedieran han sido el terrorismo y el sistema económico y político predominante en el ámbito mundial. El ejemplo más actual es la guerra en Irak por parte de la coalición conformada por Estados Unidos, la Gran Bretaña y España. El conflicto ocurrió para evitar una guerra nuclear y como parte de un movimiento que buscaba acabar con el terrorismo en Medio Oriente (19 de marzo de 2003).

Las últimas guerras han arrojado un gran número de víctimas que han desarrollado patologías mentales a causa de sus lesiones o de las experiencias que han marcado su existencia. Y los expertos en salud mental han estado allí para atenderlos, ya sea en el campo de batalla o al momento de su regreso. En este caso, se trata de otro tipo de víctimas de las mismas guerras: la población civil que muchas veces tiene que ocultarse o salir de sus lugares de origen para ponerse a salvo. Incluso, muchas veces deben emigrar al extranjero.

Una variante de este aspecto es la observada en las víctimas que constituyen el objeto de la guerra, como la persecución étnica. El estrés de trasladarse a un entorno considerablemente distinto podría resultar en suicidio o en la exacerbación de una enfermedad física preexistente (Katschnig et al, 2000). Un ejemplo de esto fue la guerra en Kosovo (24 de marzo – 9 de junio, en 1999), en donde se persiguió y asesinó a miles de albanos residentes en Kosovo y que tuvieron que huir de sus casas o pelear, dentro de la resistencia.

Al regresar los albanos al territorio de Kosovo, mostraron un daño extenso. Su situación en casa y los familiares perdidos por la guerra provocaron en ellos serias alteraciones psicológicas al tener que enfrentar graves experiencias traumáticas de violencia y persecución. Y al estar de nuevo en casa, el simple hecho de estar allí era como si todo a su alrededor les recordara sus pérdidas y sus sufrimientos.

Al evaluar la situación mórbida de las víctimas en Kosovo se encontró que era semejante a la observada en estudios realizados en Bosnia (a raíz del conflicto que fracturó a la antigua Yugoslavia), en refugiados camboyanos de Thai Border y en refugiados provenientes de Bután que emigraron a Nepal por las diferencias étnicas ocurridas en cada una de estas zonas. Sus características en común: sentimientos de odio y venganza, asociados con una sensación de displacer, dolor y angustia.

Los conflictos raciales ocurridos en Bosnia han dejado grandes secuelas psicológicas en individuos de todas las edades dentro de las zonas aledañas (Europa central). En un estudio realizado en la Universidad de Yale se reportó que aproximadamente dos terceras partes de los refugiados bosnios manifestaban TPEP relacionado a las experiencias propias de este conflicto que habían vivido (Halgin & Krauss Whitborne, 1997).

Lopes Cardozo (2003) resume que las personas tienen mayor riesgo de desarrollar TPEP cuando, además de vivir este tipo de experiencias (persecución, amenaza de muerte, pérdida de la libertad), su realidad se ve alterada hasta el punto de tener que emigrar o refugiarse en otro país a causa de algún conflicto serio o el pertenecer a un grupo pequeño (diferencias étnicas y/ o raciales).

El conflicto al que se enfrentan los sujetos inmersos en la guerra es que, a diferencia de sus vivencias civiles, la severidad es mucho mayor al igual que la carga estresante. Y el cambio de situaciones es tan radical que no siempre pueden ser elaboradas rápido o de forma adecuada. Por ejemplo, en la guerra de Yom Kippur (octubre de 1973, en Israel. Fue llamada así por coincidir con la festividad judía del mismo nombre, por lo que también es conocida como la Guerra del Ramadán), en el transcurso de una mañana los ciudadanos pasaron de los problemas domésticos y laborales a una necesidad de relacionarse con los demás miembros del batallón, con una pérdida considerable de autonomía personal, porque la guerra era inminente. Desde que el estado de Israel existe, 19 000 jóvenes israelíes han muerto asesinados a causa de los conflictos que se generan en esta zona de Medio Oriente, y el número aumenta día a día a causa de los

numerosos atentados terroristas, acciones bélicas y accidentes. Esto enfrenta a las poblaciones a otra situación, el crecer y vivir en un ambiente de guerra, conformándose una forma de "cultura bélica". Por ejemplo, dentro de la cultura conformada por el pueblo judío después del Holocausto nazi se encuentra el fenómeno llamado "cultura de la pérdida", en donde cada uno de los muertos es considerado como un héroe y su pérdida un sacrificio (Malkinson & Bar-Tur, 2000; citados en Benyakar, 2003). De esta manera, la traumatización es 'heredada' a las nuevas generaciones, en forma educativa y cultural. Sus herederos manifiestan entonces la misma sintomatología que los ancestros, que vivieron las experiencias traumáticas directamente.

De estos conflictos se ha escrito mucho, así como características que muestran los pacientes que desarrollan TPEP. Benyakar da cuenta de un fenómeno de este tipo, llamado "síndrome de los persas". Surgió de observaciones realizadas durante la Guerra de los Seis Días, en Israel en 1967 y se aplicaba a soldados que no podían trabajar en grupo. La explicación era simple: un soldado de origen iraní fuertemente influenciado por su madre sobreprotectora que siempre lograba darse de baja por incapacidad para adaptarse.

Últimamente se ha hablado en los medios de un fenómeno llamativo en el ejército estadounidense que se encuentra de servicio en Irak: se ha mencionado que se ha tenido que regresar a muchas tropas a territorio norteamericano debido a que sufren de diversos problemas de tipo psicopatológico: esto es, el 40% de las tropas activas.

3. EL TPEP EN CASOS DE CRIMINALIDAD SEXUAL.

Independientemente de su edad, si alguien ha sido forzado a tener alguna actividad sexual no consentida es automáticamente considerado como víctima.

El abuso sexual es un evento que marca de forma negativa la vida de la víctima, provocando que su perspectiva del mundo y de su futuro cambien de manera tan violenta como lo que vivió. Todo lo que tenga que ver con este evento tendrá un nuevo significado para ella, generalmente amenazante y atemorizante; y su respuesta inmediata será la automarginación. Generalmente provoca alteraciones conductuales y mentales, sobre todo si suceden ambas en la misma persona a lo largo de la vida. Cuando ocurre un evento traumático durante la infancia, los efectos pueden persistir hasta la adultez, y con esto, pueden conformarse resultados psicopatológicos. Aún no se ha estudiado lo suficiente al

respecto como para ser más específico, pero las manifestaciones de alteraciones psicopatológicas se pueden observar de muchas formas. Lo más que se ha podido reportar es que es mayor la posibilidad de desarrollar un trastorno psicopatológico en caso de ser víctima de un trauma sexual y ser mujer.

Tratando de comparar la sintomatología de TPEP en el caso de violación, abuso sexual y la ocurrencia de ambos en la historia de una misma persona, Thompson et al (2003) reportaron que no hay diferencias significativas entre estas variables. Su trabajo fue comparativo entre ellas mismas y un grupo control. Pero encontró una relación significativa entre la ocurrencia del abuso durante la infancia y su ocurrencia (repetición) durante la madurez.

El apoyo familiar es determinante para que la víctima se reponga rápidamente, en los casos de abuso sexual de ha visto que el apoyo social es importante pero que la edad en la que ocurre tiene mucho que ver con la capacidad de relacionarse o mantener un círculo de amistades creado antes de la victimización: las víctimas de abuso durante la infancia tienen mayor facilidad para volver a interrelacionarse socialmente posteriormente a la victimización debido a que el apoyo familiar es mayor. Incluso, el ataque sexual se ha asociado con bajos niveles de apoyo social percibido por la víctima (especialmente durante la madurez).

Sin embargo, el apoyo social es más necesario para la víctima en el momento de percibir la necesidad de salir adelante y enfrentar su realidad como víctima de violación. El apoyo inmediato es el familiar, que cubre las necesidades ante un posible embarazo y ante cualquier situación relacionada con la denuncia penal de esta agresión. Generalmente, esto genera mucha ansiedad en las víctimas, aunque reportan que cuando reciben apoyo de su familia es más sencillo de sobrevivir. Se ha observado que el 65% de las víctimas que deciden levantar una demanda contra el agresor van acompañadas por su madre en el momento de presentar dicha demanda.

La experiencia de abuso sexual (ya sea en la infancia o en otro momento de la vida) afecta directamente el desarrollo de su actividad sexual subsecuente a partir de este hecho, generalmente de forma negativa. Estas problemáticas relacionadas a la actividad sexual estarán determinadas por la etapa del desarrollo de ésta al momento de este "evento disruptivo", como lo denomina Benyakar (2003).

- o Si ocurre durante la infancia, entonces las manifestaciones observadas son: conducta sexualizada, preocupación por la propia sexualidad, búsqueda de conocimiento y acercamientos sexuales de manera precoz, conductas de seducción, masturbación excesiva, práctica de juegos sexuales, uso de lenguaje sexualizado y exposición de los genitales (Barnett et al, 1997; citado en Harvey, 2000).

- o En la adolescencia, las reacciones consisten en una sexualización conductual manifestada de manera que la primera relación sexual ocurre a una edad más temprana (de acuerdo a los estándares de la propia sociedad o grupo de pertenencia, cultura, etc.), y en mantener trato con un gran número de parejas sexuales. Kendall – Tackett et al (1993) reportaron que el 38% de los adolescentes que reportaron haber sufrido abuso sexual en la niñez eran clasificados como promiscuos (Harvey, 2000).
- o En el caso de la adolescencia tardía y la adultez, las consecuencias reflejan altas tasas de divorcio y dificultades de ajuste sexual; ansiedad sexual, culpabilidad relacionada con su actividad y conducta sexuales, baja autoestima relacionada a su sexualidad. . . y una tendencia significativa a buscar ayuda terapéutica (Browne & Finkelhor, 1986; citados en Golding et al, 2002 y Harvey, 2000). Un dato interesante sugiere que, incluso, puede derivar en prostitución (Cahill et al, 1991; citado en Harvey, 2000).

Un factor que se desprende de que el abuso sea durante la adolescencia o adultez es la posibilidad de que, producto del abuso, ocurra un embarazo. Para cualquier víctima de abuso, esta posibilidad agrava la situación que vive: dependiendo de su edad, el embarazo es no planeado y ni siquiera previsto, tal vez tenga que abandonar la escuela, tal vez no sea bien visto ni aceptado por sus familiares (y mucho menos si el embarazo ocurre a una mujer que ya tenía una pareja e hijos), puede ser motivo de críticas sociales o poco apoyo social, etc. Y cabe destacar que sería más sencillo para una mujer adulta tomar conciencia de su maternidad y no para una niña que apenas comenzaba a vivir (lo que agrava aún más el problema y las consecuencias de este evento en la vida de la víctima y su salud mental).

Un aspecto importante del abuso sexual fue el descrito por Finkelhor & Browne (1986) con respecto a las víctimas y sus perspectivas sobre el matrimonio. Según su investigación, si el ataque ocurre durante la infancia, las víctimas perciben una mayor probabilidad de casarse; todo lo contrario de un abuso durante la madurez: la víctima muestra poca probabilidad de contraer matrimonio. La razón la ubican en el sentido de que las víctimas de abuso durante la infancia consideran al matrimonio como una "salida" a sus problemas de violencia dentro de su hogar. Esta aseveración parte de que la mayor parte de los casos de abuso sexual hacia infantes ocurre como consecuencia de violencia doméstica (incluyendo la posibilidad del incesto), según se ha observado en investigaciones que estudian la relación de ambos temas.

El impacto que provoca una agresión por parte de un miembro de la familia o algún conocido está relacionado con la situación emocional que desencadena el vínculo existente entre la víctima y el agresor. La víctima no alcanza a distinguir la causa de esta agresión a su persona por parte de alguien que sólo debía prodigarle amor, cariño, respeto.

Otro aspecto que se presenta con frecuencia en casos de víctimas de abuso sexual es la dependencia a sustancias tóxicas, como el alcohol y las

drogas. Al respecto se ha encontrado que es mayor el riesgo a la dependencia de sustancias si el paciente ha sufrido abuso sexual infantil y además violación en la adultez, que en el caso de cualquiera de los dos observados por separado.

Existen diferencias en los datos de la prevalencia del TPEP en los casos de victimización sexual porque los instrumentos de diagnóstico no son específicos al determinar y/ o describir las situaciones traumáticas, de manera que se distinga el abuso, la violación, el crimen/ delito sexual. Según la propuesta de Fricker et al (2003), el "etiquetar" estos eventos causa conflicto a las víctimas, las cuales no tienen problema en aceptar que sufrieron una victimización sexual, pero es difícil que acepten que son/ fueron víctimas de un delito, de manera que afronten las consecuencias y hagan frente a las circunstancias que constituyen los trámites legales correspondientes. Según Soto, "el profundo impacto traumático del abuso sexual se entiende mejor si es visto como un crimen en contra de la persona, y no como un encuentro específicamente sexual. Por ello, el significado personal de una violación varía para cada víctima" (Soto, 1996).

Sin embargo, el abuso sexual es un delito que viene sucediendo cada vez más repetidamente, y no respeta edades ni situación socioeconómica ni nivel cultural. En Estados Unidos, la frecuencia de casos de abuso sexual es de 6-62%. En México, los datos estadísticos reportados no reflejan la realidad en estos casos de criminalidad; según los reportes se denuncian penalmente sólo entre el 5 y 50% de los delitos ocurridos, sólo en la Ciudad de México se denuncian 8 delitos sexuales diariamente y a nivel nacional al día se cometen entre 16 y 160 ataques sexuales.

La mayoría de los delitos sexuales denunciados en México se cometen contra adolescentes entre 13 y 20 años de edad, sin embargo se han tenido reportes de víctimas con meses de edad o mayores de 60 años (Soto, 1996). La frecuencia estimada de ocurrencia de delitos sexuales en México es la siguiente:

DELITO	FRECUENCIA
Violación	48%
Abuso sexual	14%
Tentativa de violación	12%

Posteriormente a la vivencia de un hecho traumático, es conocido por todos (por sentido común) que la víctima no vuelve a ser la misma. Esto se traduce de varias maneras, entre ellas, que su forma de pensar y percibir al mundo es otra. Resick, Schnicke & Markway (1991) encontraron que los cambios cognitivos generalmente ocurrían en los ámbitos de seguridad, confianza, capacidad, autoestima e intimidad (Falsetti et al, 2003).

Los posibles efectos a largo plazo de la victimización sexual son:

- o Pobreza en la capacidad de relación (gran incidencia de divorcio, soltería y aislamiento social de las víctimas).
- o Conductas autodestructivas hasta llegar al suicidio y perturbaciones de la identidad.
- o Abuso o dependencia de alcohol y/ o drogas.
- o Trastorno de pánico.
- o Trastorno obsesivo-compulsivo.
- o Trastorno de ansiedad generalizada.
- o TPEP.
- o Trastorno de la personalidad 'borderline'.
- o Trastornos de la alimentación.

El primer cambio en la forma de pensar de las víctimas, sobre todo en casos como abuso sexual, es que "piensan que, de alguna manera, ellos han hecho algo para merecer que la victimización ocurra" (Falsetti et al, 2003). Esto tiene, generalmente, consecuencias desagradables y difíciles, sobre todo para seguir un tratamiento psicológico y lograr el éxito en él.

3.1 Abuso Sexual en niños.

Como ya se ha mencionado, el abuso sexual (y/ o físico) es una de las causas que mayor número de casos de TPEP provoca. Además, verificándose el abuso a una edad temprana, el niño carece de los mecanismos psíquicos necesarios para poder "comprender" la experiencia y tomar las medidas necesarias para aprender de ella e integrarla (incluso, prevenirla), siguiendo adelante con su vida.

Existen dos formas de abuso sexual durante la infancia: el abuso sexual perpetrado por gente extraña a la víctima y el que es cometido por alguno de la familia, también llamado incesto.

Las características que muestran las víctimas de abuso sexual infantil son: depresión, soledad e ideación suicida, principalmente. Inicialmente, muestran problemas conductuales como alteraciones de sueño, hiperactividad y agresión (ya sea hacia los demás o a sí mismo). Otras reacciones comunes son los niveles bajos de autoestima y sentimientos de auto-devaluación. Esta sintomatología suele extenderse hasta la adolescencia e, incluso, hasta la madurez.

Los casos de incesto causan fuertes reacciones en sus víctimas. DeLillo et al (1994) observaron mayor tendencia a la marginación en las víctimas de abuso

sexual por parte de algún miembro de su familia que las víctimas que habían sido agredidas por alguien extraño. Y mientras el daño sea perpetrado a una más temprana edad, esto puede estar asociado con un menor control de la víctima sobre sí misma (Brand & Alexander, 2003).

Para un infante, el abuso sexual es una experiencia que causa muchas confusiones, sentimientos de impotencia, alteraciones de su visión de "normalidad" de las cosas y los acontecimientos y la búsqueda incesante de un "porqué" de su situación de abuso. Sabe que algo no está bien, pero no es fácil para este niño delimitar en dónde se encuentra ese detalle: dentro de sí, de la situación, del agresor, etc. El sentimiento que predomina en este caso es el miedo.

Las formas de enfrentamiento que desarrolla la víctima ante la situación de abuso sexual generalmente tienden a la evitación de todo lo que tenga que ver con esto. Pueden, incluso, resultar en una tolerancia a la situación de abuso, aunque no lo previenen de dificultades a través del tiempo, como devenir un TPEP o alguna otra forma de psicopatología.

Cuando ocurre el abuso sexual de manera constante y de manera crónica o en forma de incesto pueden manifestarse algunas "estrategias de distanciamiento", que reflejan un intento de la víctima por contener la disforia relacionada con el incesto y de esta forma mantener un funcionamiento social relativamente estable (Brand & Alexander, 2003).

Teicher y cols. (1994) reportaron que el abuso físico en la infancia está asociado con el incremento del 38% en las anomalías del sistema límbico, el abuso sexual con un incremento del 49% y el abuso combinado con un incremento del 113%. Y estos porcentajes son más elevados si el evento traumático tuvo lugar antes de los 18 años.

El apoyo social es importante para las víctimas en general. En el caso de incesto, las víctimas reportan que reciben un mayor apoyo de la gente extraña en comparación con el que perciben de sus familiares (Stroud, 1999) al momento de revelarse el incesto (Brand & Alexander, 2003). Así, el ambiente familiar en donde se encuentran inmersos estos niños cada vez se torna más violento, dando posibilidad a que aparezca el abuso físico (si es que no hubiera aparecido antes).

La mayor parte de los estudios de abuso sexual infantil han sido realizados en mujeres. En el caso de los hombres sólo se ha mencionado con relación a su probable papel como causante de homosexualidad, que tampoco ha sido suficientemente evaluado para obtener validez.

El abuso sexual infantil ha sido relacionado con la posibilidad de una re-victimización (repetición de la experiencia de abuso, ya sea durante la infancia, extenderse hasta la adultez, o presentarse mucho después en la madurez), ya sea que el abuso sea constante por un tiempo prolongado, o que esté acompañado de

abuso físico. En estudios como el de Kendall-Tackett et al (1993), las estadísticas son contundentes: entre el 6 y el 19% han sufrido de abuso repetidamente dentro de un período de dos años a partir de que la primera experiencia de abuso ha sido revelada. Las víctimas de este delito como las demás de otros delitos en general son más propensas a desarrollar otros desórdenes psicopatológicos además de TPEP porque la victimización constituye un evento estresante traumático por se.

La explicación de la relación entre abuso sexual infantil y re-victimización consiste en que las víctimas carecen de la habilidad para detectar situaciones peligrosas y parejas agresivas debido a su situación de susceptibilidad. Así, la re-victimización está compuesta por dos elementos:

- c) La relación entre abuso sexual infantil y el incremento subsecuente de la actividad sexual, y
- d) La relación entre el incremento de la activación sexual y la victimización sexual.

La experiencia de abuso sexual durante la infancia puede provocar alteraciones que pueden perdurar a lo largo de la vida de la víctima. Un aspecto observado y que se encuentra relacionado con abuso sexual infantil consiste en los niveles altos de actividad sexual desarrollados posteriormente. Ferguson et al (1997) proponen los siguientes datos:

- o 72.4% reportaron haber tenido su primer encuentro sexual antes de los 16 años, mientras que en la población general fue de 28.4%.
- o 58.6% reportaron haber tenido más de cinco parejas sexuales alrededor de los 18 años, contra el 13.3% de la población no-victimizada.

Esto se resume en una iniciación sexual más temprana y el incremento del número de parejas sexuales. Y esto incrementa la posibilidad de encontrar a una pareja agresiva sexualmente y, como consecuencia, la posibilidad de re-victimización. Y lo anterior, viéndose de manera resumida, consiste en un ciclo de violencia vivido por la víctima de manera sistemática, que constituye un aumento del riesgo a desarrollar trastornos psicopatológicos como TPEP (Harvey, 2000).

3.2 Abuso Sexual en adultos.

La victimización sexual durante la edad adulta sigue siendo un factor determinante en la aparición de psicopatologías graves, aunque se debe distinguir la diferencia en las consecuencias del abuso sexual y de la violación. Y estas problemáticas se agravan cuando están relacionadas con dificultades significativamente graves anteriores. Cuando hay una historia de abuso sexual

durante la infancia, se han visto problemáticas significativas en los adultos, como TPEP, depresión, ansiedad y una pobre autoestima, problemas de salud, abuso de sustancias y desórdenes alimenticios.

No sólo el abuso sexual durante la infancia es un factor de riesgo importante para la victimización sexual en la adultez, también lo son el abuso físico y la rigidez emocional durante la infancia. De hecho, son más los casos reportados de victimización sexual en la madurez con historial de abuso físico que con un abuso sexual en la infancia.

Según se puede observar hoy en día, con el incremento de la violencia, la tasa de delitos sexuales aumenta cada día. En 1996, según la American Psychological Association Task Force on Violence and the Family (en Norteamérica), una de cada tres mujeres sufrían un ataque sexual por parte de sus parejas (Kubany et al, 2003). Según otros estudios realizados por Kubany, la mayor parte de las mujeres que llegan a las salas de emergencias en los hospitales y de las que se encuentran encarceladas han sido víctimas de abuso físico y sexual. De hecho, en el caso de las mujeres recluidas en prisión, ellas reportaron TPEP en un 35-85%. En una segunda investigación, la estadística quedó en 84% (Kubany, 1996 y 2000). La tasa de prevalencia de ataques con violencia que producen TPEP es de 21% y 48 – 50% en el caso de mujeres víctimas de violación (Carlson & Dutton, 2003).

La frecuencia de abuso físico y sexual entre mujeres encarceladas es mayor que la observada en la población general: de 43-75% (Browne et al, 1999). Sus experiencias devienen en una psicopatología diversa, además de TPEP pueden desarrollar depresión, desorden de personalidad límite y abuso de sustancias (Jordan et al, 1996). Y su situación de reclusión afecta directamente el curso del desarrollo de sintomatología postraumática y el posible tratamiento a este padecimiento, dadas las condiciones dentro de las cuales se encuentran (Bradley & Follingstad, 2003).

En este caso de agresiones sexuales, muchas veces el factor determinante para desarrollar TPEP es el hecho de que el ataque ocurra en un escenario que forma parte de la vida cotidiana de la víctima (casa, trabajo, escuela). Esto causa que el TPEP se convierta en realidad y muchas veces evolucione hasta hacerse crónico, debido a que la víctima cuente con pocos recursos de afrontamiento y no pueda "evitar" este lugar; así revive y "vive" en su conflicto traumático constantemente. Esto se complica si la víctima, para no recordar o revivir el suceso, se refugia en el abuso de sustancias. Según los expertos, esto sucede como una forma de bloquear los recuerdos de la situación de abuso y el dolor que sienten al traerlos a su memoria.

De la misma manera, los desórdenes alimenticios como la Bulimia y la Anorexia son problemas asociados a una situación de violación y abuso sexual durante la edad adulta (aunque se ha observado un incremento en la aparición de este tipo de casos entre las adolescentes). Para las víctimas, éstas alteraciones

son consideradas como la respuesta a la baja del nivel de autoestima provocado por la experiencia de abuso. Muchas veces ocurre como una forma de buscar que el abuso no suceda de nuevo al "desaparecer" de su cuerpo el estímulo que provoque la agresión hacia las mismas víctimas (Orengo et al, 2001).

Para las víctimas, el apoyo de sus familiares y amigos es fundamental para salir de su conflicto (sea emocional, social, un posible embarazo, etc.). Sin embargo se han encontrado diferencias en los niveles de apoyo percibido por las víctimas. Wilson & Daly (1996) encontraron que cuando el que comete un ataque sexual es la pareja, el apoyo social proporcionado por la familia disminuye; las víctimas reportaron recibir más apoyo de sus familiares y amigos cuando el agresor era alguien totalmente extraño a ellos (Golding et al, 2002). Y, al mismo tiempo, presentan problemas para relacionarse constituyendo una dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales no sólo con parejas románticas, incluso en el caso de los adultos que tienen hijos en su relación diaria con ellos (Banyard, 1997). Además, el apoyo social incluye la atención que podrían recibir del sistema de justicia, al atender sus demandas. Y el apoyo social prestado en este tipo de instituciones también es pobre, generalmente (Harvey, 2000).

Es muy importante señalar que, en el caso de abuso sexual en los adultos, debe indicarse la diferenciación de hechos que constituyen la agresión sexual: abuso (que involucra un daño físico generalmente, de tipo sexual forzado o coercitivo y que no incluye coito) y una violación.

Independientemente de cuál sea el caso, las interacciones con el sistema judicial, en caso de un ataque sexual, son un factor que dificulta la atención terapéutica; el hecho de tener que presentarse a los trámites que forman parte de la demanda judicial contra el agresor (hablar con la policía, contar con detalle lo ocurrido en su declaración en varias ocasiones, carearse con el agresor (en el caso que éste ya haya sido ubicado y arrestado), "soportar" el examen médico, etc.) implican que la víctima reviva el trauma y se verifique un aumento significativo en los niveles de ansiedad.

De hecho, este paso podría experimentarse por la víctima como una parte incluida dentro de su vivencia traumática, por el hecho de decidirse a denunciar a su agresor o no. Muchas veces, esta decisión está determinada por dos factores: su nueva situación social que está relacionada con el "qué dirán"; y enfrentarse directamente al agresor, que por lo general inflinge un daño mayor a la víctima al amenazar su vida y/ o integridad para evitar la denuncia después de ocurrido el abuso. Es muy grande el temor surgido de esta situación, lo que lleva a que la mayor parte de estos delitos no sean denunciados y que la situación psicológica de las víctimas se agrave aún más.

3.3 Violación.

La violación consiste en que una persona sea forzada a tener una actividad sexual que implique penetración o coito. Jurídicamente, la violación "es la realización de la cópula con personas de cualquier sexo por medio de la violencia física o moral" (Nuevo Código Penal para el DF, 2002).

Estudios confirman que un factor de riesgo para sufrir un ataque sexual en la adultez es haber sido víctima de abuso sexual en la infancia (Cloitre et al, 1996; citado en Hembree & Foa, 2003). Según Ferguson et al (1997), un dato importante en la relación entre abuso sexual infantil y violación o intento de violación durante la adolescencia tardía es el uso de castigo físico en el hogar, conformado por un clima de violencia intrafamiliar. De todas maneras, el enfrentamiento a la situación de violación o ataque sexual es más difícil para la víctima que ha sufrido estas experiencias repetidamente que para una con historial de abuso sexual durante la infancia (Arata, 1999; citado en Harvey, 2000).

Existen muchos profesionales que aún no han centrado su atención a las víctimas de violación y otros tipos de victimización desde la perspectiva del TPEP. Y este hecho es fundamental: la violación se ha convertido en un delito que ocurre cada vez con mayor frecuencia y cada vez está caracterizado por mayor violencia por parte del agresor. Las estadísticas en EUA señalan que, para 1980, había más víctimas de violación (3 750 000) que veteranos de Vietnam (2 480 544). En México, la incidencia de violación por parte de algún familiar es de 55%. Y la prevalencia de TPEP en víctimas de violación es de 57%.

Además, existen muchos mitos y creencias que llevan a desconocer muchos casos de violación, porque provocan que las víctimas no den a conocer las agresiones de que han sido objetivo. Un mito acerca de la violación es que sólo ocurre a mujeres. Esto no es verdad, una de cada 18 víctimas de violación es hombre: el 25% de los delitos de violencia contra mujeres son cometidos por miembros de la propia familia, contra el 4% de los delitos cometidos contra hombres.

Las víctimas, en el momento de la violación, experimentan un sufrimiento significativo por ver amenazada su vida (la posibilidad latente de ser asesinadas), pérdida de control, miedo y ansiedad; y posteriormente depresión, disfunciones sexuales, una importante disminución en la autoestima y una sensación de

humillación personal. Al respecto, debe mencionarse que la víctima suele culparse a sí misma por haber sido violada (y esto tiene que ver con las costumbres de la sociedad en que vive); las mujeres están más predispuestas a sentir culpa o ansiedad acerca de la violación de lo que lo están los hombres. Y no sólo eso, existe una marcada preocupación por lo que la gente va a pensar de ellas después de la violación; además, también surge la duda sobre a quién le contarán lo sucedido y cómo lo abordarán (sin mencionar la posibilidad de un embarazo no deseado).

En general, las características más comunes que podrían ser factores de riesgo mostradas entre las víctimas de violación son:

- o En su mayoría son solteras.
- o Nivel socioeconómico bajo.
- o Nivel de escolaridad básico, completados entre los 6 y 9 años de educación.
- o Poco más de la mitad de los delitos ocurren en una casa habitación, ya sea de la víctima o del atacante.
- o El horario no es el mismo, el 16% ocurrió durante la mañana (contrario al mito de que la violación siempre ocurre en la noche)

En los casos de violación, la información que constituye este acto en sí puede ser elaborada de manera errónea, por ejemplo, por medio de la generalización. Si el agresor es visto como un hombre peligroso y la víctima "generaliza" esta información transformando sus esquemas, entonces en su mente todos los hombres aparecerán como peligrosos y el mundo como un lugar inseguro.

En ocasiones, las víctimas de violación desarrollan TPEP en función de haber resultado heridas físicamente en el asalto (14.1% vs. 0.64%). En un estudio realizado entre mujeres de ataque sexual y mujeres no víctimas, las primeras reportaron problemas de salud física que incluían dolor de cabeza y de estómago, arritmia cardíaca y alteraciones menstruales después de la violación (Kimerling & Calhoun, 1994).

Una forma muy frecuente de explicar una situación psicopatológica provocada por una violación es a través del modelo de condicionamiento clásico. Así, cualquier estímulo asociado con la violación se convierte en un estímulo condicionado (EC) y adquiere la capacidad de evocar miedo y ansiedad cada vez que se presente. La ejecución de una respuesta (R) de evitación se refuerza negativamente por la reducción de ansiedad que sigue a la propia evitación. Dicha conducta es bastante resistente a la extinción.

Siguiendo este modelo, es en los casos de víctimas de violación en que se puede observar un patrón conductual conocido como Condicionamiento de

Segundo Orden. Belloch (1995), lo define como el "proceso en el cual un estímulo anteriormente neutro, si se asocia con un estímulo condicionado capaz de elicitar una respuesta particular, adquiere la capacidad de elicitar esa respuesta". Así este proceso promueve la generalización a nuevos estímulos y situaciones. Existen razones para pensar que ocurre cuando la víctima experimenta ansiedad al discutir, hablar o pensar acerca del suceso traumático (como lo que ocurre al enfrentar a la víctima con su experiencia y su agresor durante el proceso judicial).

El estrés producido por una violación va a estar determinado por las características de la víctima y la naturaleza de la violación en sí. Con respecto a las diferencias individuales, estas pueden ser:

- o Cierta habilidad previa para enfrentar el estrés por una violación.
- o Que la habilidad previa esté conformada por la historia personal, el nivel de funcionamiento psicológico, y algunos factores constitucionales.
- o El impacto psicológico al momento de la violación resulta de la combinación de la potencia de la agresión y la capacidad de enfrentamiento.
- o El ajuste dependerá del impacto inmediato de la violación y el nivel de adaptación posterior a la violación.
- o Uso del soporte social por medio de la interacción social con parientes y amigos.

Las víctimas de violación mejoran sustancialmente entre la evaluación inicial y la evaluación a los tres meses del trauma. El estrés inicial es un predictor del estrés consecuente, las víctimas que necesitan más ayuda son las que presentan mayor nivel de estrés inicial. De aquí la importancia de la intervención inmediata.

Un factor que dificulta el que la víctima de agresión sexual denuncie a su agresor es la posible vivencia de un fenómeno llamado "segunda violación", una forma de revivir el trauma a través del proceso jurídico que implica dicha denuncia. La causa de esto es el trato tan inadecuado por parte de las autoridades hacia las víctimas, caracterizado por: interrogatorios que llegan a ser morbosos o tendenciosos, enfrentarse a un examen médico en lugares inadecuados, la 'asistencia' por parte de personal imprevisto, etc. Y esto sin tomar en cuenta la ansiedad provocada por el requerimiento legal del reconocimiento y careo con el victimario.

4. EL TPEP POR DESASTRES NATURALES Y ACCIDENTES.

4.1 Desastres Naturales.

Los desastres naturales constituyen eventos de carácter agudo, que ocurren en forma repentina, que son de corta duración y tienen un efecto devastador importante. Cohen (1999) define los desastres como "eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano. Estos sucesos pueden ser causados por el hombre o ser naturales" (Benyakar, 2003).

En 1989, el Comité Coordinador de Naciones Unidas define que "un desastre es, desde el punto de vista sociológico, un evento ubicado en tiempo y espacio, que produce condiciones bajo las cuales la continuidad de la estructura y los procesos sociales se torna problemática" (Benyakar, 2003).

Warn Cruz (2003), lo define como "la correlación entre fenómenos naturales peligrosos (como un terremoto, un huracán, un maremoto, etc.) y determinadas condiciones socioeconómicas y físicas vulnerables (como situación económica precaria, viviendas mal construidas, tipo de suelo inestable, mala ubicación de la vivienda, etc.)".

Según la ONAE (Oficina Nacional de Atención de Emergencias de la Presidencia de la República), un desastre natural es: un "evento identificable en el tiempo y el espacio, en el cual una comunidad ve afectado su funcionamiento normal con pérdida de vidas y daños de magnitud en sus propiedades y servicios, que impiden el cumplimiento de las actividades esenciales de la sociedad".

Para Slaikou un desastre es "un estado de desorganización caracterizado por una incapacidad para salir adelante, con el potencial de un daño de larga duración" (Slaikou, 1996).

Crocq (1997, citado en Benyakar, 2003) elaboró también una clasificación de las catástrofes, agrupándolas en cuatro categorías:

1. Naturales.- climáticas, geológicas, zoológicas y epidémicas.

2. Accidentales y tecnológicas.
3. Guerras.
4. Sociales.- pánicos, terrorismo en tiempos de paz, etc.

Además, las define como un "evento nefasto y brutal, que causa

- a) destrucción material importante,
- b) un gran número de víctimas, y
- c) una organización social notable, o las tres cosas a la vez".

Pese a que cada desastre tiene características únicas la respuesta universal del ser humano a las pérdidas y los cambios catastróficos permite aplicar la información y capacitación a escala mundial.

Las experiencias desastrosas también han sido vistas de muy diferente forma por las poblaciones de las distintas culturas a través del tiempo; por ejemplo, en el antiguo Egipto las inundaciones del Nilo se veían como una bendición de los propios dioses, mientras que en nuestros días las inundaciones constituyen catástrofes que pueden cobrar miles de vidas y dejar a miles de familias condenadas a vivir en la pobreza más extrema. Según Benyakar (2003), "en nuestras sociedades occidentales, las consecuencias psicológicas de un desastre tienen mucho que ver con la posibilidad de adjudicar a alguien la responsabilidad por lo que ocurrió. Y esto es más fácil de hacer si el desastre es asignado a la acción humana". Un ejemplo de esto pudo observarse en los incendios ocurridos en la Unión Americana (en el estado de California a finales del año 2003), donde se llegó a la conclusión de que el fuego fue provocado por el hombre y se buscaba al culpable; o en el caso del buque "Prestige" que derramó miles de litros de combustible en el mar y que se buscó que los culpables fueran señalados y que "pagaran" por este atentado contra la ecología.

La experimentación de un desastre no impacta a todos los sujetos por igual, depende de muchos factores, entre los que se encuentran la edad, los recursos psíquicos, antecedentes de enfermedades psiquiátricas, etc. Por ejemplo, se ha visto que entre los niños es mayor la tasa de TPEP en caso de un desastre natural que de cualquier acto criminal.

Entre las reacciones a una situación de desastre, Titchener propone las siguientes:

1. Efectos agudos: perturbaciones en la memoria, pesadillas, insomnio, irritabilidad y angustia.
2. Síntomas persistentes por meses y años después: ansiedad continua, fobias, depresión, utilización creciente de estimulantes y/ o depresores (tabaco y alcohol), pérdida del interés en actividad sexual, poca búsqueda recreativa y socialización en general.

3. Penetrantes trastornos de carácter y estilo de vida: sentimiento de culpa y vergüenza por haber sobrevivido, duelo no resuelto por la pérdida de seres queridos y por la forma de vida, desesperanza y falta de sentido de vida, confianza disminuida (Titchener et al, 1976; citado en Slaikeu, 1996).

Entre los síntomas que hacen que la persona se dé cuenta de que tiene un conflicto, es que se alteran sus funciones/ capacidades de pensamiento y acción, además de tener graves trastornos emocionales.

Las víctimas de desastres naturales tienen, como factor de riesgo, antecedentes de alteraciones psicopatológicas, entre otros. Uno de los síntomas más reportados por los sobrevivientes de desastres naturales son los problemas de sueño.

Dependiendo del tipo de desastre que ocurra, la forma de afrontarlo y de observarlo será muy diferente, por lo que el tratamiento diferirá también.

En estudios realizados con sobrevivientes a un huracán, se ha observado la relación entre la organización para enfrentar este tipo de desastres, el apoyo social en general (en forma de ayuda humanitaria) y el TPEP. Se ha encontrado que ninguno "ayuda" a disminuir la prevalencia de este trastorno a los 30 días del fenómeno, pero a los 90 días ya existe una disminución significativa de casos de sintomatología postraumática.

El principal problema que enfrentan las víctimas de un desastre, como un huracán o una inundación (incluso un terremoto), es la necesidad inmediata de cubrir sus prioridades básicas: casa, vestido y sustento. Debido a la magnitud del siniestro, muchas veces las personas se ven privadas de sus casas y es necesario construirse una nueva. Si el lugar está tan devastado que esto no es posible, entonces deben buscar otro lugar en otra población donde puedan "reconstruir" su hogar. Desgraciadamente, los lugares que son afectados por siniestros de tipo natural son poblaciones que sufren de pobreza significativa, y si sus pobladores se ven de pronto "sin nada", su situación psicológica se ve inmediatamente afectada: sin hogar, sin comida, sin ayuda. El reto más grande al que se enfrentan es lograr "reaccionar" adecuadamente de manera que puedan enfrentar su situación lo más pronto posible, y evitar así el desarrollo de problemas psicológicos graves.

En el caso de sobrevivientes a terremotos severos e individuos expuestos a situaciones de violencia extrema desprendidos de éstos, se ha encontrado que no hay indicios de sintomatología semejante al TPEP antes de sus experiencias traumáticas.

Un aspecto importante de los desastres en que ocurren pérdidas humanas (que generalmente ocurre) es el aniversario de su ocurrencia. Cuando pasa un año de verificarse este tipo de sucesos, el individuo 'vuelve a vivir' su experiencia

traumática, a través de recuerdos. Los medios televisivos muchas veces 'ayudan' a revivir este tipo de hechos por medio de imágenes y comentarios que refuerzan la sintomatología postraumática. Es necesario prever este tipo de necesidades al momento de un aniversario, de manera que pueda prestarse la ayuda adecuada.

4.2 Accidentes.

Un accidente es un evento que sobresale de los hechos que conforman la vida cotidiana de un individuo. Cuando sucede, muchos de los que lo sufren padecen algunas consecuencias que los inhabilitan por algún tiempo y luego siguen su vida comúnmente. Tal vez en algún momento experimenten algo semejante a lo que les sucedió, pero utilizarán esta experiencia previa como una forma de enfrentarse nuevamente con este hecho y saldrán airoso de tal empresa, integrando todo como un nuevo conocimiento y una experiencia que forma parte de la historia de su vida. Los accidentes pueden ser masivos o individuales, pero en general, son causados por la acción humana.

Los supervivientes de las grandes catástrofes tienen mayor probabilidad de presentar un TPEP de tipo demorado que los afectados por accidentes más corrientes.

En casos como los que se ven en víctimas de accidentes automovilísticos, independientemente de que hayan resultado lesionados físicamente o no, estas alteraciones son comunes. Algunas de esas víctimas, aún, resultan con otro tipo de alteraciones que médicamente no pueden explicarse: parálisis, sobresalto ante un ruido fuerte, etc.

Generalmente, en la práctica clínica se ha visto que en situaciones de accidentes que causan lesiones percederas los pacientes desarrollan TPEP más fácilmente por esas "huellas" de lo que sucedió. El observar sus cicatrices, miembros amputados o incapacidades adquiridas a raíz de un accidente provocan que el sujeto reviva en su cerebro una y otra vez lo que sucedió y no pueda olvidarlo o elaborarlo de manera más sencilla. Además, estas mismas lesiones les impiden volver a desempeñarse en sus antiguas ocupaciones parcial o totalmente, lo que agrava su situación.

La edad a la que ocurre el accidente tiene que ver también con los resultados psicopatológicos, si ocurre durante la madurez es más probable que devenga en un TPEP, mientras que en la infancia es más impactante cuando implica la muerte de alguien muy cercano y que él sobreviva.

5. EL TPEP EN CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

Existen pocas definiciones sobre lo que es la violencia intrafamiliar, sobre todo porque existen varios términos que se utilizan indistintamente para referirse al mismo fenómeno, como 'violencia doméstica'. Una de ellas la propone Vírveda Heras (2000): "la violencia doméstica se refiere a conductas intencionales (no accidentales), activas, pasivas u omisivas, hostiles de una forma física, sexual, psicológica o ritual de algún miembro contra otros miembros de la familia en contra de la voluntad de éstos y en detrimento de su desarrollo". Además, las víctimas dentro de este tipo de violencia no son siempre las mismas, por lo que podrían derivarse varios subtipos, como los siguientes:

- o Maltrato de un esposo.
- o Maltrato infantil.
- o Maltrato de los padres.
- o Maltrato de ancianos.
- o Maltrato entre hermanos.
- o Abuso sexual infantil.
- o Violación marital.

Otra definición la proponen Valdéz & Juárez, en la cual se menciona que la violencia intrafamiliar es una "serie de conductas coercitivas hacia la mujer que pueden incluir: el abuso físico (empujones, bofetadas, golpes, torceduras, quemaduras, heridas con arma blanca o de fuego), el abuso emocional (intimidaciones, humillaciones verbales, manipulación, omisión, abandono y negligencia) y el abuso sexual (que consiste en forzar física o emocionalmente a la mujer a tener relaciones sexuales o acceder a cierto tipo de conducta sexual" (Valdéz & Juárez, 1998).

La situación de violencia dentro del núcleo familiar involucra una serie de factores que hacen delicado el tratamiento en sí del trastorno y de la situación de los involucrados. El daño físico que impera en este tipo de violencia es el factor fundamental.

Según las investigaciones que se han realizado al respecto, el 40% de la población expuesta a algún tipo de violencia dentro de casa mostró los síntomas suficientes para cumplir con el diagnóstico de TPEP según el DSM, la variable más significativa para el desarrollo de este trastorno es la intensidad del maltrato.

De hecho, el 84 % de las mujeres que sufren de violencia intrafamiliar acompañada de abuso físico desarrollan TPEP. En Norteamérica, un promedio de 10 de cada 100 mujeres reportaron haber sufrido un tipo de violencia intrafamiliar, y 3 de cada 100 son severamente golpeadas por sus parejas.

Según datos de la Procuraduría General de Justicia de México, el 61.15% de las mujeres que se dedican exclusivamente al hogar sufren de maltrato físico; el 33.22% de las mujeres que trabajan son golpeadas. Y el 7% de los golpeadores son personas con una formación profesional.

Una propuesta para explicar el maltrato doméstico habla de una "herencia" de patrones agresivos. Al igual que sucede con los descendientes de las víctimas del Holocausto nazi, se propone que los niños que han crecido en un ambiente familiar agresivo 'aprenden' estos patrones conductuales y, posteriormente, ellos reproducen en sus propios hogares lo aprendido durante su infancia. Este fenómeno se presenta generalmente en individuos que primero fueron víctimas y después se convierten en el agresor con su pareja y sus hijos, pero es necesario la ocurrencia simultánea de la observación y la vivencia de violencia intrafamiliar en algún momento de su vida (sobre todo en la infancia).

Con respecto a la transmisión generacional de los patrones conductuales del maltrato, Strauss, Gelles & Steinmertz no sólo aportaron datos que apoyaban estos argumentos, sino que además encontraron que algunos patrones difundidos por instituciones culturales reforzaban y validaban el uso de violencia dentro del ambiente familiar como un medio para resolver conflictos (Valdéz & Juárez, 1998).

En varios estudios transculturales se reportó que las probabilidades de sufrir maltrato son altas bajo algunas circunstancias, tales como:

- a) Donde no hay un grupo significativo de mujeres trabajando.
- b) Donde los hombres controlan y distribuyen los frutos del trabajo familiar.
- c) Donde las mujeres no pueden adquirir riqueza independientemente de los hombres.
- d) Donde los hombres son los dueños de la vivienda y ellos tienen el verdadero poder en el hogar.

El TPEP ha sido poco evaluado y tratado desde la perspectiva de la violencia intrafamiliar debido a que ésta muchas veces involucra actos como abuso físico, violencia psicológica, incesto, violación, abuso de sustancias, etc. De esta forma, es más práctico tratar estas situaciones por separado, aunque no se deja de lado el reconocer cuál es la situación que los origina y/ o mantiene.

Debido a la poca atención que reciben las víctimas en una situación de violencia doméstica, la situación mental de las víctimas se agrava notablemente conforme transcurre el tiempo (que simultáneamente posibilita la re-victimización y la gravedad aumenta notablemente). Por ejemplo, en Estados Unidos se reportó

que entre las mujeres golpeadas la necesidad de tratamiento psicológico y psiquiátrico es entre 4 y 5 veces mayor, y además muestran esta misma probabilidad de riesgo de suicidio.

La violencia intrafamiliar fue observada por primera vez a nivel internacional en la época de los años 70's, gracias al surgimiento de un movimiento que traería grandes cambios en la dinámica familiar y social del siglo XX: el feminismo. Con la aparición de este fenómeno, se logró sacar a la luz la realidad de muchas mujeres: maltrato y violencia hacia mujeres y niños en el seno familiar, que no era denunciado por vergüenza, humillación y falta de credibilidad (tanto por las leyes como por el sistema judicial).

Un adelanto fue el que introdujo Leonore Walker, en 1979, al proponer el término 'Síndrome de mujer golpeada' (battered woman syndrome), en el que definía las características y secuelas que traía consigo este "diagnóstico".

En un estudio se demostró que el abuso físico dentro de la familia es experimentado mayormente por las mujeres en comparación con los hombres (13 a 1). Estos datos no son para afirmar que sólo las mujeres son víctimas de maltrato doméstico, pero la incidencia dentro del género femenino es significativamente mayor.

Según Slaikeu, "más allá del peligro físico, existen peligros psicológicos que surgen de la interpretación de los acontecimientos por parte de la persona maltratada, y en particular las autoatribuciones de culpa y responsabilidad" (Slaikeu, 1996).

La violencia intrafamiliar relacionada con el TPEP se ha estudiado con mayor frecuencia en mujeres con signos de maltrato inflingido por sus parejas. De hecho, se ha encontrado que la prevalencia de TPEP en mujeres maltratadas es de 40 – 54%, a diferencia del 10 – 14% que existe entre las mujeres que no han sido víctimas de violencia. Yoshihama & Horrocks (2003) encontraron que si una mujer ha experimentado un daño y/ o miedo acompañado de violencia física y/ o emocional por parte de su pareja, entonces tiene una mayor probabilidad de desarrollar una sintomatología postraumática que la que no experimenta este tipo de vivencias.

Por otro lado, la prevalencia del maltrato por parte de la pareja en México es de 28-60%, esto en mujeres tanto de zonas rurales como en las ciudades.

En un estudio realizado en 1990 en una zona del área aledaña del D. F., el 67% de las mujeres que reportaron maltrato habían intentado defenderse; de la misma forma 3 de cada 4 habían buscado una solución (buscar ayuda de la familia, huir de casa, levantar una demanda penal). Sin embargo, el fenómeno de la violencia intrafamiliar es muy poco apoyado y considerado por el sistema de justicia no sólo en nuestro país, sino a nivel internacional. Por ejemplo, en Chile,

en un estudio con mujeres maltratadas, el 37.8% de las víctimas no intentó proceder con una denuncia debido a la poca atención de las autoridades a estos delitos.

Los factores predictores de TPEP en situación de maltrato doméstico son: la larga duración del abuso, lesiones, amenazas a la vida de la víctima (generalmente mujer) y/ o sus hijos, las consecuencias del trauma, el pobre apoyo social, y los problemas económicos.

Otro factor que ha sido relacionado con riesgo de violencia dentro del hogar es el alcoholismo de uno de los miembros de la familia, generalmente el agresor. Según varias investigaciones, el alcohol aumenta la capacidad agresiva, pero esto no ocurre siempre ni en todas las personas al igual que sus efectos no son los mismos en todos los individuos.

No todas las víctimas de violencia dentro del hogar desarrollan TPEP, pero existe el riesgo de que este devenga en algún momento de su vida. Todo depende de las características (gravedad y periodicidad) del maltrato sufrido.

Las mujeres de mayor edad presentan una mayor probabilidad de experimentar violencia intrafamiliar y TPEP que las mujeres más jóvenes. Pero esto ocurre desde su juventud y pocas veces este fenómeno desaparece.

Existe un detalle que provoca desconfianza entre los investigadores acerca de los datos sobre la prevalencia del TPEP por violencia doméstica. La violencia intrafamiliar es un evento que ocurre en un momento determinado de la vida de la víctima. Cuando se reportan los datos de prevalencia de psicopatología entre este tipo de víctimas, es posible que un tiempo después ocurra un maltrato físico y/ o emocional y que viva la persona que, al momento de la elaboración de la estadística, estuviera dentro del grupo de las personas sin cuadros de violencia doméstica.

Además, no todos los casos de violencia doméstica son denunciados debido a la situación que viven estas víctimas: muchas veces están amenazadas para que no ocurra la denuncia o muchas veces el sentimiento de humillación y vergüenza que las embarga impide que reconozcan a la luz pública su situación y denuncien su realidad de maltrato.

Un aspecto importante de la gravedad de una situación de maltrato doméstico es el hecho de que para los individuos inmersos en tal situación resulta muy difícil salir o deshacerse de ella. Emociones, sentimientos, la necesidad de seguir viviendo en espacios restringidos son algunas de las razones por las cuales este tipo de vínculos difícilmente llegan a disolverse. Y el ambiente generado es tan intenso que las víctimas solo atinan a ver que es un medio desagradable, pero les resulta imposible crear una forma de modificar su medio a favor propio y de los demás miembros de la familia.

Una de las razones por las cuales el sujeto inmerso en un clima de violencia doméstica no sea capaz de salir de ella es el sentimiento de soledad que lo embarga, el cree que nadie puede ayudarlo y que no existe forma de salir de allí. Otros factores que determinan la incapacidad para resolver este tipo de conflictos son: la pobreza, el desempleo, el aislamiento, la inexistencia de grupos de apoyo y la tensión reinante en su ambiente inmediato.

Otra de las razones por las cuales las mujeres se rehúsan a abandonar a su pareja golpeadora es la responsabilidad que sienten de mantener el vínculo familiar, o sentirse incapaces de privar a sus hijos de la asistencia y protección paterna.

Una de las consecuencias del maltrato a mujeres (aunque también en los hombres llega a presentarse también) es el alcoholismo y/ o la drogadicción. De hecho, un predictor de alcoholismo es la violencia intrafamiliar. Las víctimas comienzan a aficionarse al alcohol en el momento de iniciarse la violencia; en el caso de las drogas, éstas son siempre las que son prescritas por el médico, debido a la difícil situación emocional en que se hallan inmersas las víctimas. En términos numéricos, el riesgo de desarrollar alcoholismo es de 14% contra el 1% de las víctimas que no son golpeadas; por otro lado el riesgo de farmacodependencia es de 9% contra el 1% de las víctimas que no sufren de maltrato físico.

Una consecuencia desagradable de la situación que viven las víctimas de maltrato doméstico es el riesgo de suicidio, que es percibido como una salida a todos sus conflictos. En algunos estudios se ha reportado que el 33-37% de las víctimas mujeres han intentado suicidarse por lo menos una vez en su vida, esto representa un 20% más que el riesgo en la población general.

En México, entre las décadas de los 80's y 90's, una de cada 9 víctimas habían intentado suicidarse. De hecho, los resultados en estudios transculturales muestran cifras significativas con respecto a la incidencia de esta situación:

- a) En Papúa, Nueva Guinea, casi todos los suicidios consumados e intentos de suicidio eran causados por la violencia intrafamiliar.
- b) En Fidji, el 36% de los suicidios en mujeres estaba relacionado con el maltrato doméstico.
- c) En Perú, la violencia intrafamiliar es un fenómeno creciente y afecta a gran parte de la población, pero los suicidios por esta causa son mayormente en mujeres que en hombres (una proporción de 2:1 y 9:1 comparados con la población en general).
- d) En Sri Lanka, la tasa de suicidio entre mujeres es cinco veces mayor que la debida a enfermedades infecciosas y 55 veces mayor que la debida a causas obstétricas.

Otra consecuencia desagradable de una situación de violencia intrafamiliar es que ocurra un homicidio, atacando y matando al agresor para defender al resto de la familia (víctimas directas). Generalmente, en este caso el homicidio es cometido por las mujeres para defenderse a sí mismas y/ o a sus hijos, ante una historia de abuso repetido y prolongado, combinado con la agresión física y a veces bajo la amenaza de su propia vida.

Sin embargo, existe otra variante, en la cual el maltrato culmina con un homicidio. Pero la víctima es asesinada por el agresor, como resultado de un cuadro de agresión y violencia psicológica y física. En este caso, generalmente la víctima es la mujer: la incidencia de esta situación es cuatro veces mayor que en el caso de que la víctima sea hombre.

Existen diferencias de opinión entre los investigadores sobre el hecho de que la violencia doméstica pueda devenir en TPEP; mientras que algunos lo afirman categóricamente, otros opinan que las condiciones de una sintomatología postraumática provienen de situaciones traumáticas vividas anteriormente por la víctima y que "parecieran manifestarse" con la experiencia de maltrato, ocurriendo entonces que este último funcionaría como evento desencadenante, mas no etiológico.

6. OTROS CASOS DE TPEP.

6.1 Secuestro y Terrorismo.

El secuestro y el terrorismo son dos acontecimientos que poco a poco se han convertido en parte de la vida mundial actual. Día tras día se oyen en los medios de comunicación masiva que ocurren atentados en diferentes partes del mundo o que sujetos de la vida pública o gente común son raptados y secuestrados con fines diferentes. Como un dato simbólico, para 1998 México era considerado el segundo país con mayor índice de secuestro en el ámbito mundial (Velasco, 2000). Hoy, este dato sigue vigente. El primer lugar lo ocupa Colombia. Según las estadísticas, en un día ocurren cuatro secuestros, de los que sólo uno de estos cuatro es denunciado.

El ser humano víctima de secuestro sufre violencia física, psíquica, social y económica, y por tanto vive una experiencia límite; esto da como consecuencia un TPEP, generalmente.

Secuestro (del latín sequestrare), consiste en depositar una cosa en poder de un tercero hasta que se decida a quién pertenece entre los que se la disputan. También significa robar a una persona (privarla de su libertad) para obtener dinero por su rescate.

Los factores que determinan el riesgo para que una víctima de secuestro desarrolle TPEP, son:

- o Condiciones físicas y emocionales del cautiverio.
- o Recursos de personalidad de la víctima (sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación).
- o Vinculación afectiva con la familia.
- o Redes de apoyo social de la víctima.
- o Redes de apoyo social de la familia.
- o Tiempo de cautiverio.
- o Si la vivencia es traumática y si es o no verbalizada de inmediato.
- o Las condiciones del lugar de cautiverio.
- o La alimentación/ ingesta durante el cautiverio.
- o El riesgo o presencia de maltrato físico y estar sometido a un maltrato psicológico permanente.

Cuando el secuestrado es un individuo joven, las reacciones ante una situación de raptó son retardadoras, violentas; tiene menor tolerancia a la frustración y pone en peligro la vida.

El cuadro clínico de un secuestro está caracterizado por:

1. Deterioro de la salud física.
2. Alteraciones en el sueño (insomnio inicial, intermedio o final; hipersomnia, pesadillas).
3. Alteraciones en el apetito, generalmente bajar de peso.
4. Alteraciones en la orientación tiempo-espacio.
5. Alteraciones en el afecto (culpa, estado de abatimiento, llanto y baja autoestima).

Strentz (Velasco Rosas, 2002), diferencia cuatro etapas como parte de una situación de secuestro:

- a) **Alarma**.- es la etapa más intensa, donde la actitud del secuestrador es totalmente de amenaza y terror, y la víctima sólo piensa en términos de muerte o vida. Su mecanismo de defensa común para las víctimas en esta etapa es la negación.

- b) Crisis.- en esta etapa, los comportamientos del secuestrador son poco predecibles y, por supuesto, peligrosos. Busca destruir la autonomía de la víctima controlando todo a su alrededor (comida, sueño, etc.). Los mecanismos de la víctima ahora giran en torno al aislamiento, claustrofobia y la pérdida de la noción temporal.
- c) Ajuste.- tanto la víctima como el secuestrador buscan "adaptarse" al paso del tiempo, al aburrimiento y al tedio. En esta etapa puede suceder el Síndrome de Estocolmo, que llevaría a la víctima a una identificación con su agresor.
- d) Resolución.- sucede al momento de la liberación de la víctima, la cual vive una situación ambigua: alivio (de ser liberada) y temor a todo lo nuevo. Es un momento en donde, para la víctima, todo está comenzando.

Horowitz (1976), a su vez, menciona que existen cinco fases de respuesta al trauma:

- o Fase de dolor.- inmediata al trauma, oscila entre la alarma aguda e incapacidad de registrar el significado de la experiencia.
- o Fase de negación.- caracterizada por amnesia, insensibilidad, trastornos de sueño, síntomas somáticos, hiperactividad y/ o retraimiento.
- o Fase intrusora.- caracterizada por una búsqueda de ayuda ante la ansiedad y el temor de perder el juicio si la fase de negación se ha prolongado.
- o Fase de elaboración.- permite elaborar el duelo de las pérdidas y heridas recibidas, así como reconsiderar planes nuevos y enfrentar lo futuro.

Un punto importante a aclarar con respecto al secuestro es diferenciar la situación de un secuestro con el único objetivo de obtener dinero a cambio y la experiencia muy diferente que vive una víctima en caso de un secuestro por motivos políticos, donde el rescate no es por motivos de dinero sino por otras razones más complicadas y que obedecen a conflictos ideológicos y/ o políticos. En el primer caso, las personas involucradas pueden ser la familia, el secuestrado, el secuestrador y la policía. En el segundo caso la situación se torna más grave, pueden verse involucradas naciones enteras, gobiernos, intereses políticos, movilizaciones armadas, etc.

La situación de secuestro va acompañada del desarrollo de síntomas y mecanismos de defensa. La sintomatología fisiológica consiste en: pérdida de peso, disfunciones gastro-intestinales, trastornos de sueño (pesadillas, falta de sueño, hipersomnias), sudoración fría, reacción ante los ruidos fuertes, inhabilidad para concentrarse y paranoia. Por otro lado, los mecanismos más frecuentes como defensa ante este trauma son la negación y la formación reactiva.

Por otro lado, el terrorismo implica una serie de vivencias que infligen en el individuo un daño psicológico significativo que hace que el sujeto se vea dentro de una realidad alterna, amenazante, con una posible muerte inminente, desesperanzada.

Reinares (1998) define que "el terrorismo produce actos que irrumpen en forma violenta, instantánea e impredecible y con un alto contenido amenazador e importante valor simbólico. Con estos actos, el terrorista busca establecer un "estado" de temor permanente y generalizado durante el cual las personas sienten que, aunque "nada pasa", "todo puede pasar". Por su parte, Curran añade que "el terrorismo tiene como meta infligir un daño a seres a los que se les impide desarrollar algún tipo de prevención o defensa" (Curran, 1988) (citados en Benyakar, 2003).

Las reacciones de los individuos que sufren un ataque terrorista son diversas, aunque siempre están dirigidas a una búsqueda de una explicación, de una revancha y/ o de una reparación del daño. En el caso de las personas que no vivieron este ataque pero de igual manera se sienten afectadas, generalmente reaccionan en el sentido de que estos hechos conforman un atentado a sus creencias, a sus valores como Humanidad, etc. En general, todo esto es una forma de "compartir" ese sentimiento que embarga a las víctimas directas de cualquier atentado.

En los casos de terrorismo, las víctimas "atribuyen" significados nuevos a las cosas o situaciones relacionadas con un evento traumático. Así en el caso del atentado contra las torres gemelas en la ciudad de Nueva York, el miedo se hizo general al convertirse un medio de transporte en un peligro mortal. Asimismo, se provocó que la población se "sintiera vulnerable, a merced de lo desconocido, sumido en la incertidumbre y el terror" (Susser, Herman & Aarón, 2002; Corrad, 2002; citados en Benyakar, 2003).

Convivir con la posibilidad de sufrir un ataque terrorista mina las certezas más básicas de las personas y genera en ellas una tensión constante, que se apodera de la atención que debería prestarse a las rutinas y los problemas cotidianos. Un hecho que determina el "triunfo" de un acto terrorista es el estado general de miedo, de ansiedad, que provoca que la psicología de una población que sufre de ataques continuos (como las ciudades palestinas e israelíes) o está expuesta a la amenaza constante (como lo es Moscú, Irak, España o Colombia) circunde en torno a pensamientos que tienen que ver con un sentimiento de que nada de lo que hagan les mantendrá a salvo, que todo lo que los rodea pudiera ser fatal en el momento menos previsto.

El terrorismo es una variante de los desastres causados por el hombre, en los que miles de personas tienen en peligro su vida. Un motivo por el cual las muertes masivas provocadas por el hombre son potencialmente causas de TPEP es el impacto que causan en el psiquismo de los testigos y las víctimas

sobrevivientes: la confrontación con la propia muerte y el miedo que esto provoca. Generalmente la muerte es un punto que la gente prefiere bloquear, sin embargo, las muertes y desastres masivos originan en la población una gran ansiedad al percatarse que podrían morir de forma inesperada y por medio del uso de armas que no podrían imaginar.

Sherr (1992), al respecto, menciona que “tales imágenes tienden a provocar que el futuro pierda su poder de impulso y el individuo, atrapado en el pasado, también siente que el presente no tiene sentido”.

Una constante que persiste en la mente de la víctima es el preguntarse porqué él sobrevivió, porqué no pudo hacer nada para que otros murieran, etc. El hecho de seguir con vida constituye para el sobreviviente una gran culpa, aunque no encuentre una causa lógica para que ocurriera tal consecuencia.

6.2 Violencia y robo a casa.

Una situación de violencia o de un robo, especialmente a la casa, es una situación que incluye el factor privacidad y/ o espacio personal. El allanamiento de la propiedad, especialmente de la casa, puede ser sumamente impactante porque involucra la invasión a un territorio considerado como salvo y seguro.

El espacio doméstico es el percibido como mayormente seguro, y esto va disminuyendo a medida que el lugar sea considerado semi-público o público. Las personas, generalmente, no saben que hacer: reaccionan con sorpresa o shock, rabia, incredulidad, confusión, miedo y ansiedad.

El TPEP se muestra en el robo a casa a través de la re-experimentación del suceso a través de los sueños, en los pensamientos y en las asociaciones intrusivas, en la pérdida de interés en las propias actividades, en el distanciamiento hacia los demás, en la reducción del afecto, en la hipervigilancia, en los trastornos al dormir y en los problemas de memoria y concentración.

A corto plazo, los efectos postraumáticos son intrusión, evitación y excitación incrementada. Predominan las dificultades para dormir; en particular, dificultad para conciliar el sueño y en otros casos sueño ligero del que se despierta con mucha facilidad. También se reporta hipervigilancia y un incremento de la ansiedad en general (“que las cosas pudieran haber sido peores”).

A mediano plazo, el TPEP puede disminuir, sólo permanece un estado significativo de hipervigilancia. En un estudio realizado con víctimas de robo a su

casa, para esta etapa no existían ya casos que cumplieran los criterios necesarios para diagnóstico de TPEP, sólo se encontró una cierta hipervigilancia y algunos otros síntomas asociados (Caballero et al, 2000).

En cualquier caso de victimización, el elemento clave es la violencia que se emplee al momento del ataque hacia una persona. Esta violencia es el factor determinante de que ocurra un problema psicológico y/ o un problema físico (lesiones). Muchas veces, éste daño físico agrava la situación psicológica, colaborando a que un daño psicológico aún mayor ocurra.

Resnick et al, (1997) proponen que "un ataque violento puede resultar en 3 opciones: daño durante el asalto, un incremento de estrés, y un incremento en el riesgo de sufrir alteraciones mentales (por ejemplo, TPEP). Y que estos resultados pueden impactar directamente el riesgo de que la víctima desarrolle problemas mentales en el futuro" (Zoellner, Goodwin & Foa, 2000).

6.3 Otros casos.

El Trastorno por Estrés Postraumático puede devenir de otro tipo de situaciones, denominadas "indirectas" y que tienen particularidades que llaman la atención. Son "formas nuevas", de relativamente nuevo estudio y consideración. Pero su capacidad para producir alteraciones psicopatológicas es semejante a los casos más conocidos (como por ejemplo, la guerra y el terrorismo).

Una forma de ellas es la que se ha observado, principalmente entre los niños, a causa de observar las imágenes que ven en el aparato de televisor. El desarrollo de los medios de comunicación es tan grande que hoy en día, con sólo apretar un botón podemos observar lo que sucede en los sitios más recónditos del globo terráqueo. Y esto incluye escenas de todo tipo: inundaciones, festejos, guerras, hambre, atentados, terremotos, manifestaciones, etc. Benyakar, al respecto, señala que "en virtud del desarrollo de los medios masivos de comunicación, las imágenes del mal llegan a la mesa familiar incluso de quienes aún viven en entornos contenedores, generalizando la vivencia de amenaza, haciendo que nadie ya pueda sentirse a salvo" (Benyakar, 2003).

Almanza Muñoz (1998) propone que este fenómeno ocurre como una forma de aplicación de una propuesta teórica llamada Teoría Hipodérmica: "es de gran relevancia y postula cómo cada miembro del público de masas es personal y directamente atacado por el mensaje. Conviene acotar que dicha teoría coincide con el peligro de las dos guerras mundiales y con la difusión a gran escala de las comunicaciones de masas, y representó la primera reacción suscitada por este fenómeno ante estudiosos de distintos campos". Además, añade: "los medios

masivos de comunicación, matizada en buena manera por escenas de violencia y agresividad, configuran un terreno propicio para la existencia de psicopatología, dentro de la cual destaca el TPEP”.

Es importante mencionar que el impacto de los medios sobre la población debe ser medido con mucho cuidado. La transmisión de bombardeos y situaciones de guerra pueden ser confusas para espectadores sensibles, como los niños, que pueden confundir la realidad con la ficción. Por ejemplo, en colegios de Estados Unidos se ha comenzado a observar ataques perpetrados por niños y adolescentes que buscan “revivir” escenas vistas por televisión o en el cine. En estos eventos, ellos se han armado con artefactos propiedad de sus padres y que encontraron en sus propias casas, y han disparado con armas de fuego a sus compañeros y maestros dentro de los mismos colegios como si fuera tan solo un juego. Incluso, después de esto, varios se han suicidado con las mismas armas dentro del mismo escenario.

En un estudio realizado en la infancia de Irlanda del Norte, se encontró que habían cambiado sus perspectivas sobre la violencia a su alrededor producto de la exposición a noticias televisivas (incluso influyendo en la percepción de su mismo vecindario).

Las transmisiones televisivas de noticieros llegan a mucha gente debido al horario en que se transmiten es el de mayor audiencia. Es así que si un evento de gran violencia es transmitido en estos noticieros, llegará a las pantallas de miles de personas simultáneamente.

Por otro lado y debido al impacto de los hechos ocurridos en el centro de Nueva York el 11 de septiembre de 2001, los investigadores han llevado a cabo varios estudios en las personas que los experimentaron en carne propia, sobre todo, sobre su actitud negativa y reacciones de estrés y abuso de sustancias posteriormente manifestadas producto de su reactividad a su vivencia traumática. Sin embargo, debido al alcance de los medios televisivos y de comunicación masiva, el impacto (de por sí grave) se intensificó al llevar a miles de hogares vía satélite las imágenes de lo que estaba sucediendo y en el momento justo de su verificación. De esta forma, mucha gente desarrolló una sintomatología muy similar a la que presentaban las víctimas de los atentados, aunque ellos no lo hubieran sufrido directamente.

Benyakar habla de una forma diferente que se desprende de vivir dentro de un entorno amenazante (Benyakar, 2003). Generalmente, los esfuerzos adaptativos, desgastantes y sabidamente inútiles conducen al encierro gradual de las personas en sus propias casas, al aislamiento social, a conductas de auto y heteroagresión o, incluso, a nuevas violencias. Estos sentimientos llevan a las personas a buscar amparo en ciertas certezas, ofrecidas por los pensamientos totalitarios –sean de tipo místico-religioso, sean ideologías seculares extremistas. Esto nos coloca ante una parte del terrorismo que se presenta dentro de la mente

del propio terrorista, que "reacciona" ante la situación de amenaza y cree que la mejor forma de actuar es agredir a lo que le provoca amenaza porque él mismo se siente agredido. De hecho, esto es en lo que consiste el terrorismo, provocar alteraciones psicológicas por medio de una agresión que responde a la agresión de que se siente blanco el propio terrorista ("ataca antes de que te ataquen").

Otras formas son las denominadas 'Estrés traumático secundario', fatiga por compasión y trauma indirecto. Según Jenkins, están constituidas por reacciones a las demandas emocionales surgidas del trabajo con víctimas de un trauma caracterizado por imágenes terroríficas e impactantes y recuerdos traumáticos intrusivos; y se observa generalmente en terapeutas y personas que prestan un apoyo social a las víctimas. En sí, el Estrés traumático secundario se ha descrito como una forma de estrés ocupacional o TPEP relativo al trabajo que es exclusivo en profesionales humanitarios, incluyendo consejeros y psicoterapeutas (Jenkins, 2002). Surge de manera inesperada, aunque la inoculación de la sintomatología es gradual, conforme avanza el acercamiento a las víctimas que constituyen su labor.

La Fatiga por Compasión, también llamada trauma secundario, ocurre como una presión emocional en las personas que atienden a los sobrevivientes de situaciones traumáticas en el momento inmediato al trauma (intervención en crisis) y que llegan a empatizar con ellos y sus problemáticas. Su sintomatología es muy similar a la de un TPEP por se, pero su etiología es diferente:

1. Re-experimentación del evento traumático (por parte del terapeuta) vivido por la víctima con la que se empatiza, por medio de ensoñaciones.
2. Embotamiento emocional ante recuerdos de las conversaciones con las víctimas.
3. Excitación persistente.

La Traumatización Indirecta ha sido observada en las personas que atienden a víctimas de violencia debido a las situaciones que están involucradas directamente con la victimización, sobre todo, a víctimas de abuso sexual infantil e incesto (oficiales de policía, enfermeros y terapeutas que atienden a las víctimas de forma inmediata a la revelación de la situación traumática). Pearlman & Saakvitne (1995) la definen como " una transformación permanente en la propia experiencia del terapeuta que resulta de un compromiso empático con la información traumática que constituye la experiencia de su paciente. Sus síntomas principales son alteraciones cognitivas en el marco de referencia del terapeuta: identidad, visión del mundo, espiritualidad, tolerancia afectiva, mantenimiento de las propias creencias y necesidades psicológicas, relaciones interpersonales, imaginaria interna y, presencia física en el mundo" (Jenkins & Baird, 2002).

En cualquiera de estos casos de TPEP indirecto, se ha observado que los terapeutas que trabajan en instituciones para el servicio público están más propensos a manifestar una forma de traumatización secundaria que los que laboran en la práctica privada, y la explicación va de acuerdo con la rigidez de los esquemas de trabajo en ambos escenarios (sobre todo por la carga de trabajo, que varía mucho del sector público al privado).

Una característica que presentan muchos pacientes de TPEP es su reacción abrupta ante ruidos fuertes e inesperados. De igual manera se observan alteraciones en la estimulación de la piel y el latido cardíaco. En algunos profesionales que laboran en situaciones que constituyen eventos estresantes (policías, bomberos, etc.) se han observado síntomas semejantes, que muchas veces ayudan al diagnóstico de TPEP. Esta sintomatología se presenta de manera natural ante situaciones de amenaza y en casos de estrés postraumático los pacientes reaccionan con estos síntomas de manera exagerada ante algún ruido fuerte, como una puerta al cerrarse intempestivamente, un objeto que se cae y se rompe, etc.

Una forma de TPEP indirecto es el que se ha visto en personas que trabajan en situaciones que involucren un aspecto traumático (policías, bomberos, soldados, servidores públicos, incluso) y que significa una alteración psicopatológica mucho más grave en sus manifestaciones inmediatas. Al no recibir y/ o "percibir" que sus esfuerzos son observados o recompensados, re-significan toda esta información y "se convierten" automáticamente en verdaderos peligros para la sociedad, con una sintomatología muy semejante a la postraumática, aunque transforman todo esto en violencia y agresión hacia los demás, adicionando la violencia en toda su conducta.

Un caso particular de desarrollo de TPEP relacionado al trabajo es el de los periodistas. Por su labor informativa, su deber es estar en el lugar donde ocurren los hechos para darlos a conocer y muchos de estos son de naturaleza traumática. Al exponerse a estos eventos, aunque sea de manera un tanto indirecta, se desarrolla una sintomatología postraumática (sobre todo en los casos de cubrir una guerra, o presenciar un atentado terrorista), y esto es más grave cuando son hechos que involucran muertos o heridos graves e impactantes. Sobre todo, el hecho de poner en peligro su vida al inmiscuirse en las propias batallas dispone en ellos una condición propicia para desarrollar problemas psicopatológicos semejantes.

Otra forma de TPEP indirecto es observada en los descendientes de los veteranos de guerra (sobre todo de Vietnam) y los hijos de las víctimas del Holocausto nazi por la llamada "traumatización indirecta". En la tragedia ocurrida en EUA, en el caso Columbine, eran hijos de veteranos de guerra repitiendo una transmisión generacional del trauma: dispararon a varios de sus compañeros de escuela dentro de las instalaciones del plantel, matando a varios estudiantes y profesores, y suicidándose después. Ellos, a través de su vivencia y su patología

desarrollada a partir de su experiencia, conformaron toda una cultura que pasaron a sus descendientes, y esta incluye los sentimientos y las alteraciones emocionales propias del trauma.

A pesar de no haber vivido la persecución, los descendientes experimentan (en su mayoría) el sentimiento de venganza, el miedo, la represión y aún la negación del mismo evento traumático. Sin el tratamiento adecuado, es posible observar este tipo de patología dentro de las siguientes generaciones, con la misma amplitud y gravedad.

Se ha mencionado la posibilidad de una derivación del TPEP llamada TPEP Complejo. Según esta ponencia, se vive ante una situación prolongada y repetida de un trauma, como en caso de tortura, ser prisionero de guerra, cautiverio en un campo de concentración, abuso infantil prolongado, etc. No se ha estudiado lo suficiente, pero la propuesta sigue en pie.

Una causa poco estudiada causante de sintomatología postraumática es la pérdida de un familiar o ser querido de manera repentina. Accidentes, suicidios, homicidios, son las tres causas de mayor mortalidad entre los jóvenes en la Unión Americana, según los datos de 1999 (Murphy et al, 2003). El suicidio es más común entre los varones que entre las mujeres y la proporción fluctúa entre 2 a 1 y 7 a 1. La dificultad para afrontar estas pérdidas es mayor para las familias debido a que buscan una explicación y simultáneamente su mente se niega a aceptar la muerte porque buscan a quien culpar por medio de ver cómo podía haberse evitado. "El potencial de crisis psicológicas surge en los días y semanas inmediatamente posteriores, en tanto los individuos tratan de enfrentarse a las pérdidas" (Slaikeu, 1996).

En el duelo, el sujeto puede desplegar una serie de estrategias de afrontamiento tales como: supresión, intelectualización, racionalización, humor, evitación, exposición, actividad, compromiso con otros, distracción pasiva (como sumergirse en la televisión), consumo de alimentos, tabaco, alcohol y actividad sexual.

Los familiares que sufrieron una pérdida por homicidio reportan sentimientos de hostilidad y venganza, y algunos incluso se perciben como víctimas secundarias por no recibir la respuesta esperada del sistema de justicia para dar solución a las investigaciones sobre el delito y dar un castigo al culpable. Por su parte, los familiares de sujetos que cometen suicidio perciben un pobre apoyo social y en general se sienten bajo un estigma. No es difícil comprender que se desarrolle TPEP en estas condiciones; en cualquier caso, la sintomatología común consiste en la re-experimentación de la pérdida, hiperactivación y evitación constante de los estímulos relacionados directamente con dicha pérdida.

Estudios sobre TPEP en familiares con pérdidas han encontrado que algunos factores pueden combinarse de forma tal que constituyan factores de riesgo: género, niveles de autoestima, estrategias de enfrentamiento, apoyo social percibido; además de los sentimientos que acompañan a la pérdida: depresión, ansiedad, distorsiones cognitivas y hostilidad. Con respecto a las cuestiones de género, las madres son más afectadas por la pérdida de un hijo (21%) con respecto a los padres (14%), pero la prevalencia puede aumentar dependiendo de la combinación que resulte del género del padre/ madre y el hijo muerto (además de su edad). Aún cinco años después, las madres pueden mostrar sintomatología de TPEP por la pérdida de su(s) hijo(s), no importando la causa que provoque dicha pérdida. Para 1995, en EUA esta causa de TPEP tenía una prevalencia de 7.8% (Murphy et al, 2003).

Las características que muestran los familiares afectados con este trastorno son: depresión, miedo, alta sensibilidad en el trato interpersonal, alteraciones de sueño (generalmente insomnio) y hostilidad. Esto hace muy difícil el tratamiento, debido a que los pacientes tienen problemas para separar estas dos vivencias (la pérdida y el TPEP) y colaborar con el clínico en la elaboración de la pérdida y, en la búsqueda de la curación del TPEP.

En un estudio realizado con personas cuya pareja había muerto de manera inesperada, violenta o repentina, se encontró que el 31% de los individuos cumplían con el diagnóstico de TPEP. Además se propusieron otros datos:

- o Que los síntomas postraumáticos estaban relacionados significativamente con una falta de anticipación de la pérdida y el no aceptar su soledad.
- o Que la posibilidad de desarrollar TPEP aumenta en individuos jóvenes.
- o Que el riesgo de sufrir una pérdida de forma violenta, repentina y/ o inesperada es de un 60% (Jacobs, 1999).

Algunos factores predictores de TPEP en padres de niños muertos son: el género (las madres son más afectadas), el enfrentamiento emocional de tipo represivo, el nivel de dolor y angustia, etc. El apoyo social es percibido por estas personas como necesario, sobre todo en las etapas del procesamiento inmediato de la pérdida (el proceso de duelo) y el ajuste a la vida cotidiana; sin embargo, el conocimiento de su sintomatología postraumática generalmente lo utilizan con el fin de mantener su estado de tristeza, en forma tal que la pérdida muchas veces no se elabora y el sujeto así evita aceptar que su ser querido efectivamente ha muerto.

7. FORMAS DE TRATAMIENTO.

Una de las causas de que se llegara a la determinación de que el trastorno por estrés postraumático existía como una entidad psicopatológica independiente fue el hecho de que se necesitaba una forma específica de tratamiento para los pacientes que presentaban la sintomatología característica de este padecimiento y no se conocía algo bien específico que posibilitara el tratar este trastorno de forma exitosa.

Para poder desarrollar un tratamiento adecuado a las necesidades del paciente, los clínicos evalúan detalles cualitativos tales como qué aspecto del evento traumático causa mayor angustia al paciente o el significado que perciben del evento en sí.

Uno de los problemas que se presentaron entonces fue si sólo se necesitaba un tratamiento para los síntomas físicos o si todo se solucionaría con una atención psicológica adecuada que terminaría con toda la sintomatología manifestada. Everly (1990, 1993, 1995) hizo énfasis en que deben diferenciarse dos factores de conceptualización y tratamiento en el TPEP:

- a) Hipersensibilidad neurobiológica.- responsividad aumentada en el sistema nervioso y endocrino tras el trauma.
- b) Hipersensibilidad psicológica.- alteraciones y transformaciones en el autoconcepto y la visión del mundo por el propio individuo.

Propuso que se creara una Metateoría, o sea, que se considerara dentro de la actividad terapéutica que la ayuda no debía ser tipo "recetario de cocina", sino todo lo contrario. Considera que deben tomarse en cuenta las necesidades y características propias de cada paciente y la orientación y/ o estilo propio del mismo clínico (Miller, 1998). Tomando en cuenta que todos los individuos son diferentes, pretendía mantener las mismas diferencias en el tratamiento, dando lugar a una mayor calidad en la atención clínica a los enfermos.

Salmon (citado en Bennasar, 2002), por su parte, propone los principios de lo que más tarde se denominaría psiquiatría comunitaria:

- o Inmediatez.
- o Proximidad al lugar de los hechos.
- o Mantener la expectativa de una pronta recuperación.
- o Simplicidad en los medios usados.

- o Coordinación de todos los dispositivos asistenciales y de los profesionales implicados.

Sólo el 50% de los pacientes se recupera en los dos primeros años después del incidente, se dice que los demás experimentarán las secuelas hasta quince años después probablemente. A este respecto puede mencionarse que muchas veces la atención psicológica no es oportuna o se proporciona cuando los síntomas ya han transformado la vida de la persona de tal manera que su calidad de vida se encuentra sumamente afectada y emocionalmente se ha perdido el control. Otras veces la rehabilitación de la persona depende de los recursos de enfrentamiento con que cuente la persona, o las técnicas terapéuticas que se empleen para ayudarlo a superar su mal. Incluso, el apoyo social percibido puede hacer la diferencia.

Estas estrategias de enfrentamiento se refieren a los mecanismos utilizados por la persona para poder hacer frente a algún conflicto, ya sea psicológico o físico, pero que siempre afecta su desempeño normal. La conducta de enfrentamiento mencionada en este caso busca proteger de la descompensación psicológica y fisiológica; suele incorporar respuestas de acción, pero también procesos de evaluación cognitiva, emocional y perceptual. A través de esto, la persona trata de cambiar la fuente de estrés o redefinir la situación de amenaza en función del significado o gravedad del problema.

Muchas veces, el individuo no quiere buscar ayuda médica para sus problemas por miedo o por no querer aceptar su realidad o también busca "trasladar" la atención hacia otras cosas, como un malestar físico (somatización). Resulta común que los afectados con TPEP busquen dar tratamiento ellos solos a algunos de sus síntomas, y muchas veces logran "controlar" a algunos de ellos con pequeñas soluciones (fórmulas de enfrentamiento creadas por el propio sujeto en base a sus síntomas/ dificultades), como la búsqueda del apoyo social; pero llega un momento en que ese supuesto control desaparece, y es entonces que tanto el enfermo como su familia buscan otra solución: la ayuda terapéutica. Sin embargo, durante el tiempo que pasó probablemente su sintomatología haya crecido notablemente. Necesita comprender que, mientras sus síntomas no sean tratados y controlados, nunca podrán desaparecer totalmente. Otras veces busca de manera desesperada una ayuda rápida, porque se siente como si se "estuviera volviendo loco" y perdiera el control de sí mismo.

Dependiendo el caso que provoque la aparición de un TPEP, será la situación a la que se enfrente el paciente y también el tipo de tratamiento que ha de seguirse, sin embargo existen algunas situaciones que dificultan seguir este proceso. Se ha visto que es más sencillo para los pacientes buscar ayuda terapéutica en caso de ser víctima de un desastre natural que cuando se ha sufrido de una violación, y es más fácil que un paciente acepte que tiene necesidades terapéuticas cuando ha vivido una exposición a combate a que lo acepte un sobreviviente de violencia doméstica o ante la pérdida de un ser querido

de manera sorpresiva, dadas las características que implica cada uno de estos episodios.

Por ejemplo, Norris y cols., (1990) mencionan que en caso de ataque violento sólo el 12% de las víctimas busca ayuda de un profesional en los 3 meses siguientes al crimen. Son pocas las víctimas que buscan ayuda:

- o en caso de ataque sexual 63%,
- o por ataque físico 22%,
- o homicidio de un familiar 16% (Freedy et al, 1994).

Sin embargo, se ha visto que las mujeres buscan ayuda con mayor frecuencia que los hombres (Hembree & Foa, 2003).

Frecuentemente, el tratamiento es visto en base a la sintomatología; así se proporciona un tratamiento para cada uno de los síntomas, de forma separada y respondiendo a las necesidades más urgentes. De esta manera, se busca que el individuo siga 'funcionando', aún cuando siga manifestando dificultades relacionadas con el trauma pero que no representan grandes obstáculos para desempeñarse 'normalmente' en su vida habitual.

En el caso de flashback, generalmente, la atención es de tipo cognitivo. Los flashback son la causa de que los pacientes "sientan que se están volviendo locos". Pueden ocurrir en alguna de las modalidades sensoriales, aunque también pueden encontrarse simultáneamente (visual, auditiva, táctil, olfatoria, gustativa). El tratamiento básico es ayudar al paciente a entender que son una parte natural y esperada de la vivencia de un trauma y del proceso de recuperación, y que éstos desaparecerán gradualmente conforme avance el tratamiento.

Muchas veces los flashback son provocados por estímulos ambientales, aunque algunas veces lo son por estímulos internos, lo que los hace inconscientes. Lo que debe hacerse al respecto es ayudar al paciente a identificar los sucesos/ estímulos desencadenantes, sea cual sea su origen; y cabe mencionar que estos factores desencadenantes varían de paciente en paciente.

Tan pronto como el paciente aprenda a controlar la responsividad de su cuerpo, un sentido de dominio comienza a desarrollarse, lo que puede ayudar al éxito del tratamiento si además es combinado con otras técnicas psicoterapéuticas.

Con respecto a los sueños y pesadillas, el sujeto tiende a repetir (dentro del sueño) el terror emocional vivido en el evento traumático o representar

importantes factores relacionados con el mismo, tales como la sobrevivencia, la traición o una pérdida.

Al principio (después de vivir el trauma) puede no presentarse ensoñaciones sobre el evento por lo que, cuando esto ocurre, es en forma violenta. Se sugiere que el paciente "escriba" sus pesadillas, dándose así permiso de acceder a estos temas (account-making). De esta manera se busca mantener contacto directo con las emociones y sensaciones que el trauma despierta, así como las ideas que surjan de la elaboración del mismo por parte del sujeto al repetir su vivencia en forma de un texto.

Debido a que las pesadillas son causa de ansiedad, poco a poco este problema suele complicarse y terminar en insomnio. Matsakis (1994) insiste en la falta de atención (terapéutica) hacia una higiene de sueño. El paciente, al experimentar repetidamente las pesadillas, comienza a temer experimentarlas de nuevo. Esto lleva a que el sujeto sufra de una falta de sueño que acrecienta cada vez más su ansiedad (y que puede derivar en problemas de salud, que agravan más su situación). Si se auxilia a tiempo, el paciente primero recobrará su confianza en dormir y después se le entrenará en re-interpretar el contenido de sus pesadillas. Si no se logra normalizar el sueño, el paciente sentirá que "se vuelve loco" y que jamás podrá volver a dormir tranquilamente (Miller, 1998).

En general, la atención que se les da a las personas que han sufrido una vitimización (cualquiera que esta sea) busca disminuir el estrés, proporcionar información sobre su situación, "trabajar" la situación traumática y entrenar a la víctima para afrontar dicho suceso. Todo esto busca a su vez que el sujeto elabore la situación traumática de forma natural y prevenir el desarrollo de un problema psicopatológico a futuro, sobre todo ante una posibilidad de re-victimización.

Los pacientes que, posteriormente al tratamiento, se ven con alguna sintomatología residual buscan por ellos mismos un nuevo tratamiento que les devuelva la salud y la tranquilidad.

7.1 Tratamiento farmacológico.

El tratamiento del TPEP a base de fármacos busca reducir los síntomas físicos asociados con la experiencia de un evento traumático, mejorar la calidad de vida y reducir la comorbilidad del sujeto, además de mejorar su resistencia al estrés en experiencias posteriores.

Generalmente se puede distinguir entre tratamientos a corto y a largo plazo. Normalmente los trastornos de ansiedad requieren un tratamiento a largo plazo,

en cuyo caso se utilizan preferentemente los antidepresivos y las azaspironas. Pero también puede ocurrir que en algunos casos se pretenda únicamente aliviar circunstancialmente los síntomas de ansiedad, y es entonces cuando puede resultar práctica la prescripción de algunas de las benzodicepinas o de los bloqueadores beta-adrenérgicos.

Las formas de tratamiento que se han utilizado actualmente para casos de TPEP son la combinación de técnicas conductuales y la psicoterapia de insight con la utilización de fármacos tales como diacepam (valium), la imipramina (tofranil) y/ o el clordiacepóxido (librium).

Los fármacos utilizados en este tipo de padecimiento se clasifican de la siguiente manera:

FÁRMACO	EJEMPLO
ISRS.	Sertralina y fluoxetina, paroxetina, prozac, paxil, citalopram, fluvoxamina.
Antidepresivos.	IMAO (fenelzina, tranilcipromina) y ATC (imipramina, clopramina, amitriptilina).
Benzodicepinas.	Clorozepato dipotásico, alprazolam, bromacepam, halazepam, ketazolam, lorazepam, oxacepam, diacepam, clobacepam, clordiacepóxido, flunitrazepam.
Agentes antiadrenérgicos.	Propanolol, atenolol, clonidina y guanfacina.
Azaspirodecainonas.	Buspirona.

IMAO: inhibidores de la monoamino-oxidasa.

ATC: antidepresivos tricíclicos.

Los estudios realizados acerca del efecto de los ISRS (inhibidores de la recaptura de serotonina/ SSRI: Selective serotonin reuptake inhibitors, en inglés) en el tratamiento farmacológico del TPEP a través de diversas investigaciones arrojan resultados prometedores, pero sólo consiguen modificar algunos de los síntomas; según Gaffney (2003), son señalados por The Expert Consensus Guidelines como los más adecuados para tratar su sintomatología en general. Sin embargo, es la forma más utilizada en la actualidad y si logran actuar de manera beneficiosa en la calidad de vida de los pacientes. Según la US Food and Drug Administration, los únicos que se administraban (y recomendaban ampliamente) en caso de TPEP son la sertralina (zoloft) y la paroxetina (paxil).

Las formas de medicación para TPEP son diversas, según Cohen, Mannarino & Rogal (2001), "los psiquiatras usan frecuentemente (en su forma de medicación): agentes bloqueadores adrenérgicos alfa y beta (como la clonidina y el propranolol), antidepresivos tricíclicos (como la desipramina), ansiolíticos (como el aloprazolam), anticonvulsivos (como la carbamazepina) y fármacos antipsicóticos (como el haloperidol); para niños con síntomas de TPEP" (Cohen, Berliner & Mannarino, 2003).

Las benzodiacepinas producen relajación muscular y reducen palpitaciones, así como la hiperactividad gastrointestinal, transpiración, etc. En general, disminuyen la hiperactividad y reducen la tensión.

Uno de los aspectos desagradables de la medicación dentro de cualquier desorden psicopatológico, es que la administración de fármacos tiene consecuencias de tipo secundario. Esto es, que además de aliviar o reducir ciertos síntomas propios de una enfermedad, también causan otras manifestaciones (generalmente desagradables) que son provocadas por su acción en el organismo.

Por ejemplo, la administración de fármacos como el lactato o la yohimbina a pacientes con TPEP tiende a precipitar ataques de pánico o flashback de eventos traumáticos previos, debido a su reacción estimulante directamente al sistema de activación. En el caso de la fluoxetina, el efecto secundario más frecuente son las náuseas.

Sin embargo, el desarrollo en la creación y elaboración de nuevos fármacos o la búsqueda de mejorar los ya existentes ha dado como resultado el que, actualmente, los fármacos tengan una acción curativa más significativa y con menos efectos secundarios. De esta manera, se busca cumplir a cabalidad con el objetivo de la medicación: mejorar la calidad de vida de los pacientes en tratamiento.

7.2 Tratamiento psicoterapéutico.

Las formas de tratamiento psicoterapéutico son variadas, en su aplicación tienen mucho que ver con la orientación del terapeuta. Las más conocidas son EMDR, terapia de Exposición, Terapia cognitivo – conductual (la más utilizada), hipnoterapia, psicoanálisis, manejo de la ansiedad y psico-educación. Sin embargo, se han desarrollado otras que también han dado buenos resultados. A continuación, se mencionan algunas de estas técnicas de tratamiento psicoterapéutico.

a) Perspectiva educacional.

Tomando en cuenta que la visión de la realidad del paciente se encuentra totalmente alterada, el objetivo de esta perspectiva consiste en orientarlo hacia su realidad (como víctima de una situación traumática), ayudándolo a estructurar su experiencia del trauma y buscar que se "adapte" a su nueva vida (esto es, a partir del trauma).

La Psicoeducación es un procedimiento que proporciona experiencias de aprendizaje significativos acerca del sujeto mismo, de su enfermedad y la forma de controlar sus consecuencias con el fin de mejorar su desarrollo personal y el de su entorno familiar. Se enfoca en tres puntos, principalmente:

- o Conocimiento y valoración del cuerpo y conciencia corporal.
- o Conciencia de la enfermedad y autoestima.
- o Adherencia al tratamiento y autocontrol emocional.

En primera instancia, se busca ponerlo en contacto con sus sentimientos, que explore lo que sintió antes-durante- y después del trauma. Luego se discuten sus emociones que en un principio lo condujeron a una confusión y que evocan en él una situación de crisis. El objetivo es cuestionar lo que él desarrolló y confrontarlo con otras formas más adaptativas de respuesta, de manera que el paciente comprenda cuál es la conducta de respuesta que debe mostrar (la más adecuada, de acuerdo al tipo de evento) y así elabore una atmósfera más confiable a su alrededor.

b) EMDR.

Una propuesta de tratamiento basada en el reprocesamiento de la información fue la llamada "Desensibilización por Movimientos Oculares" (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, en inglés). Fue creada por Francine Shapiro y consiste en pedir al cliente que visualice la imagen perturbadora causante de su sintomatología y que está relacionada con su experiencia del trauma y luego la describa usando todas las modalidades sensoriales. En un principio fue propuesta como una terapia de sesión única (de 90 minutos), aunque actualmente se diferencian en el tratamiento ocho fases.

El procedimiento es sencillo. Cuando la imagen es clara, el cliente sigue visualmente los movimientos laterales del dedo/ lápiz del terapeuta mientras mantiene inmóvil la cabeza. Se repite de 20 a 30 veces aproximadamente con un segundo de reparación entre cada uno. Al parecer, ayuda a disminuir rápidamente la angustia y elimina síntomas como pesadillas y escenas retrospectivas.

Según los postulados propuestos por Shapiro, la forma de actuar de esta propuesta terapéutica es la siguiente: cuando se están generando movimientos sacádicos (movimientos oculares rápidos y rítmicos), simultáneamente con la cognición y la imagen asociadas a la memoria traumática, se crea un estado fisiológico que permite acceder a las memorias traumáticas, lo que permitiría:

1. Una restauración del balance neural, y
2. Una reversibilidad del estado patológico.

El EMDR opera sobre las estructuras corticales, subcorticales y límbicas involucradas en el proceso del trauma y activa los mecanismos cerebrales comprometidos en su curación (Saphiro, 1995; Lescano, 2002; citados en Benyakar, 2003).

En la EMDR, se evalúan el nivel de ansiedad ante los recuerdos, el grado de acuerdo con las creencias irracionales sobre el trauma y las quejas presentadas. Algunos estudiosos compararon la eficacia de la desensibilización por movimientos oculares con las técnicas de exposición, imaginación y relajación muscular. No encontraron diferencias significativas, aunque encontraron que la primera produce una reducción superior de los recuerdos intrusivos.

Tirapu et al(2001) opinan que "ofrece una gran practicidad por las sesiones requeridas para su aplicación si bien dicha aplicación requiere un entrenamiento previo del terapeuta".

c) Terapia Psicodinámica.

El tratamiento basado en un corte psicodinámico tiene como fundamento de su intervención el establecimiento de una alianza terapéutica (el manejo de la transferencia u contra-transferencia), la experiencia catártica y el proceso de reconstrucción de la confianza en sí mismo.

Muchos son los teóricos (Freud, Klein, Anna Freud, Mahler, Spitz, Winnicott, Bowlby, Fairbairn) que han intentado aportar, desde la aparición de esta

perspectiva teórica, una forma de tratar los problemas que siguen a un suceso traumático. Actualmente, el psicoanálisis sigue utilizándose y ha sido una forma más de tratar la sintomatología postraumática. Lindy (1993; citado en Tirapu et al, 2001), plantea un tratamiento en tres fases diferenciadas:

1. Basada en la empatía, se centra en la explicación del TPEP y en la presencia de los síntomas asociados a la experiencia traumática.
2. Enfatización en los elementos transferenciales y contratransferenciales para la interpretación del evento traumático.
3. Integración de la experiencia traumática y pre – traumática en el yo actual y trabajar la separación terapéutica.

Se critica al psicoanálisis por dogmático, infalsable, viciado por la sugestión, su posición aempirista, su poca eficacia clínica, pseudo-explicativa, su animismo en la estructura psíquica, la duración de la terapia, el costo, y la "postura" del psicoanalista ante el paciente.

d) Terapia cognitiva.

Va dirigida al proceso y al contenido. La primera dirigida al procesamiento de la información y la segunda al contenido de los pensamientos disfuncionales o la respuesta que se emite ante este.

Es una manera en la cual los eventos son interpretados (por el sujeto mismo) incluyendo el permitirse expresar las respuestas emocionales incluidas en los eventos mismos. Busca desarrollar interpretaciones alternativas que conformen una forma lógica de explicar los sucesos, y desarrollar creencias o pensamientos lógicos. Los pensamientos elaborados por la víctima son, desde esta perspectiva, la base del tratamiento y el objetivo al mismo tiempo: modificar los pensamientos erróneos o distorsionados de la realidad y elaborar/ proporcionar unos más realistas. Kendall y cols, (1994) señalan que es necesario distinguir entre deficiencias cognitivas y distorsiones cognitivas. Según ellos, las primeras se refieren a la ausencia de pensamiento cuando éste sería benéfico. Las segundas, por el contrario, se refieren a un proceso de pensamiento disfuncional (que sería el caso presente en un TPEP) (Solloa, 2001).

e) Intervención en crisis.

Esta propuesta parte de la primera ayuda psicológica, la cual busca hacer contacto psicológico, examinar las dimensiones del problema, las soluciones posibles y ayudar a tomar una acción concreta, con mayor directividad en tanto el paciente esté más afectado, planteando finalmente un seguimiento que garantice su atención integral y la canalización del enfermo para su tratamiento definitivo, todo ello en un lapso de cuatro a ocho semanas (Sifneos, 1989)" (Almanza Muñoz, 1998).

Consiste en ofrecer una oportunidad de expresar los sentimientos que aparecen ante un evento traumático inmediatamente que ocurre y que la víctima tenga a la mano un apoyo de tipo emocional. Es una forma desarrollada de manera que puedan prevenirse problemáticas psicológicas más graves y que obedece a la necesidad de proporcionar una ayuda inmediata de forma personalizada ante la ocurrencia de un evento traumático determinado.

f) Terapia familiar.

En esta técnica se busca un aumento en la cooperación entre los miembros de la familia, un entendimiento de conductas coercitivas, un aprendizaje positivo de herramientas para la comunicación entre ellos y proporcionar tips para la solución de problemas que pudieran ocurrir dentro de la familia.

Consiste en conformar un ambiente de apoyo en el cual la víctima (o víctimas) pueda encontrar una ayuda para salir de sus problemas que sea lo más confiable y cercana posible.

La terapia familiar incluye todos los esfuerzos terapéuticos encaminados a cambiar a la familia como un grupo, más bien que a trabajar únicamente con uno de los miembros de la familia.

g) Reducción del Incidente Traumático.

Fue desarrollado por French & Gerbode, en 1996. Busca eliminar la carga emocional negativa de traumas anteriores trabajando sobre los sentimientos, las emociones, los dolores, las actitudes y las sensaciones negativas (Benyakar, 2003).

Consiste en lograr que el paciente pueda poner los hechos en palabras de forma que la carga emocional vaya tranquilizándose y el hecho traumático quede archivado en la memoria como lo que es: un hecho del pasado que ya no consiste en una amenaza.

h) Terapia del Campo del Pensamiento - TFT.

Se basa en la existencia de lo que Callahan (1996) llama "perturbaciones" en la bioenergía del campo del pensamiento a las que postuló como causantes de los trastornos psicológicos. El tratamiento busca remover esas perturbaciones del campo del pensamiento, por medio de la estimulación de ciertos puntos vinculados con los meridianos de la energía de la acupuntura y cierto tipo de movimientos oculares (Benyakar, 2003).

i) Psicoterapia de Grupo.

Su propósito es ayudar a los individuos a enfrentarse a los resultados del evento catastrófico en un sitio seguro para dar voz a recuerdos traumáticos y resignificados (Van der Kolk, B.A. 1995; citado en Almanza Muñoz, 1998).

El tratamiento de grupo se ha utilizado en sobrevivientes de accidentes traumáticos tales como toma de rehenes, multihomicidios y desastres. Estos grupos se enfocan de manera usual en las necesidades inmediatas de los pacientes en crisis y auxilian a proyectar un sendero para la supervivencia en los días y semanas siguientes al suceso traumático.

j) Taller de Detección y Manejo de Desórdenes de Estrés Postraumático - DEPT.

Kurian Fastlicht (2001) creó un taller para la “detección de pequeñas y grandes crisis en la adolescencia y etapas posteriores, la elaboración de las ansiedades y la prevalencia de las adicciones como consecuencia de desórdenes de estrés postraumático”. Sus objetivos son:

- 1) Cubrir la incidencia y prevalencia de los desórdenes causados por el estrés.
- 2) Comprender la diferencia entre las experiencias de crisis en la adolescencia y durante la etapa vital.
- 3) Diferenciar los términos de crisis, pérdida, ansiedad, trauma, elaboración del duelo, depresión y melancolía.
- 4) Identificar en el ámbito cognoscitivo las diferentes secuencias en el manejo de ansiedad y su control.
- 5) Manejar estrategias para detectar estos estados de crisis en la experiencia personal.
- 6) Esclarecer los diferentes manejos que se tiene a disposición para prevenir adicciones, tomando en cuenta que éstas se presentan a consecuencia del DEPT.

Dentro de este taller, la autora busca que pueda ser aplicado a cualquier causa de TPEP: refugiados políticos, sobrevivientes de genocidio, crimen, sobrevivientes de incesto, violación sexual, secuestro, etc.

k) Re-estructuración cognitiva.

Ofrece soluciones a algunos de los problemas inmediatos (sintomatología) y favorece la elaboración de los afectos en el área afectiva.

l) Hipnosis.

Procedimiento en que un especialista sugiere a una persona que experimente cambios en sus sensaciones, percepciones, pensamientos o conductas. No se considera una forma terapéutica propiamente. Se aplica en analgesia inducida, pre- operaciones médicas y/ o quirúrgicas y Psicología (desórdenes alimenticios, trastornos de ansiedad, tabaquismo, drogadicción, alcoholismo, hipertensión e insomnio).

7.3 Terapia Cognitivo-Conductual.

El enfoque cognitivo-conductual busca que el paciente defina y re-interprete el suceso traumático, de manera que pueda integrarlo, aprender de él y buscar un mayor apoyo social; de esta manera él pueda beneficiarse de esta experiencia y obtener una mejor calidad de vida. A través del tiempo, esta perspectiva ha sido postulada como la más efectiva dentro de las posibilidades dentro del tratamiento psicoterapéutico en caso de Trastorno por Estrés Postraumático, porque es la más utilizada para dar tratamiento a los pacientes con esta sintomatología.

Entre las características de la terapia cognitivo-conductual está su perspectiva empírica centrada fundamentalmente en el presente (problemas, conductas, creencias), sesiones muy estructuradas (con metas y actividades concretas para cada una de las sesiones, así como para todo el tratamiento, aunque con cierta flexibilidad), limitación del número de sesiones (alrededor de quince, incluso menos de seis); el terapeuta es activo, incluso directivo, que colabora con el cliente para que este descubra sus cogniciones distorsionadas y elabore alternativas; especial importancia que tienen las tareas para casa y, finalmente, la importancia de la evaluación, para comprobar si el tratamiento resulta eficaz o no. También se puede realizar en grupo, adaptación que tiene ventajas y desventajas.

Dentro de esta propuesta, el sujeto va a ser tratado tanto en su forma de pensar y ver el evento como en su forma de responder a un suceso traumático (conducta). Existen, para esto, varias posibilidades terapéuticas.

La Exposición consiste en enfrentar al paciente con los estímulos que le generan ansiedad y que, por esta razón, son evitados sistemáticamente. Dicho en otras palabras, consiste en confrontar al paciente con la información relacionada con el trauma, activando así los recuerdos que surgen de él y manteniendo al sujeto en dicho contacto por un período de tiempo prolongado. Al trabajar un trauma, el clínico tiene varias posibilidades de éxito utilizando la técnica de

exposición; al evocar recuerdos de la vivencia de un suceso traumático, el contenido de éste puede ser "analizado" al platicarlo, o al escribirlo, o al actuarlo.

Existen dos formas de exposición: imaginaria y la llamada in vivo. La exposición imaginaria consiste en evocar de forma repetitiva los recuerdos que constituyen la memoria traumática. La exposición in vivo consiste en una confrontación repetida con la situación y/ o los objetos relacionados con el trauma que evocan ansiedad (frente a frente, de manera real).

Con la exposición imaginaria se busca la habituación del paciente a los estímulos que generan ansiedad y lograr un descenso gradual y constante de ésta. De la misma forma, se busca corregir las interpretaciones que llevaban al sujeto a evitar dichos estímulos y sustituirlos por otras más realistas y adaptativas.

Al revivir el trauma, es importante que el sujeto se sienta seguro; de esta manera se logra que, en adelante, la re-experimentación no le parezca peligrosa y sepa reaccionar adecuadamente ante ella.

Con respecto a los síntomas del TPEP, la terapia de exposición habilita al sujeto para que pase de un estado en el que se siente incapaz de enfrentar sus miedos a una actitud de control o dominio sobre sí mismo. Si este tratamiento es prolongado, es posible llegar a trabajar detalles como la evaluación de los sucesos y del sujeto mismo. Incluso, modificar estas evaluaciones (Foa & Rothbaum, 1998; citados en Rothbaum & Mellman, 2001), que inicialmente tenían un significado erróneo.

Los pacientes son tratados con exposición de manera gradual para que aprendan a enfrentar los estímulos que de otra manera evitarían. Dentro del proceso que conforma la exposición, se ha investigado el papel que desarrolla el procesamiento emocional en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, como el TPEP. En este último se ha encontrado que el papel que desarrolla es crucial, porque es el centro en el cual se "re-procesa" la información relacionada al miedo experimentado en el evento traumático y activa las estructuras que responden a ese miedo "re-vivido" durante el tratamiento de exposición. De esta manera, los pacientes experimentan un decremento en su respuesta de miedo a través del tratamiento (habituación).

Relacionando la terapia de exposición con las alteraciones del sueño, el clínico puede enseñarle al paciente a pensar sobre sus pesadillas, pero "desarrollando" un desenlace diferente.

Existe una propuesta de que el soñar podría ser una variante de la técnica de exposición. Esto surgió a raíz del postulado por parte de los teóricos psicodinámicos de que durante el sueño, el individuo intenta una y otra vez lograr el control del evento traumático y lograr otro desenlace: evitar la ansiedad y el miedo que provocan. Sin embargo, ¿porqué entonces no es disminuido el nivel de estrés si las "ensoñaciones" cada vez son más repetidas? La respuesta es obvia,

en el momento de la pesadilla, la confrontación con el trauma no es deliberada (Krakow et al, 2000), de esta forma el individuo no podría manipular el material que constituye sus sueños y al mismo tiempo re-interpretar la información (Forbes et al, 2003).

La Terapia de Exposición ha sido un recurso bastante aprovechado y estudiado desde su aplicación para el tratamiento del TPEP. Sin embargo, se ha encontrado que, aunque es un método que, al ponerse en práctica, arroja resultados significativamente exitosos, un número igualmente significativo de pacientes tratados con esta técnica (25 – 45%) aún muestra síntomas postraumáticos al final del tratamiento.

Con la desensibilización sistemática, se busca reducir las reacciones tales como flashback y pensamientos intrusivos; y buscar una habituación, extinguiendo la respuesta aversiva condicionada.

Este tipo de intervención es a nivel conductual, de modo que se extinga la evitación de todos los estímulos generadores de ansiedad y que evocan el evento traumático cada vez que están presentes.

Con la técnica de Inoculación del estrés, se busca “psicoeducar” al paciente para que adquiera nuevas habilidades y aplique nuevas estrategias de afrontamiento ante situaciones cotidianas que le generan ansiedad y temor. Este procedimiento incluye respiración y relajación, re-estructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad, role – playing, y parada de pensamiento (listado jerárquico de pensamientos que causan desasosiego; cuando un pensamiento aparece, se entrena para detenerlo automáticamente).

La técnica de Procesamiento cognitivo se basa en la descripción de los síntomas de TPEP y se solicita al paciente considere el significado que tiene para él lo que le ha ocurrido, instruyéndole sobre la conexión existente entre pensamientos, sentimientos y acontecimientos.

A este respecto, Matsakis (1994) propone una serie de preguntas para determinar una situación desencadenante potencialmente, en la que el sujeto evalúa una situación que podría desencadenar estrés o no, dependiendo de su respuesta:

1. ¿Qué tendría que hacer?
2. ¿Cómo he reaccionado en situaciones similares en el pasado?
3. ¿Ha ocurrido algo terrible?

4. ¿Cuáles son las posibilidades de que algo malo ocurra de nuevo?
5. Si ocurriera lo peor, ¿qué haría?
6. ¿Cuáles son mis peores fantasías?
7. ¿Cuáles son las posibilidades, en la actualidad, de que esas terribles cosas ocurran?
8. ¿Cómo podría pedir ayuda a otros?
9. ¿Quién podría ayudarme?

Estas preguntas se utilizan para "modelar" una respuesta adaptativa a las situaciones desencadenantes, por ejemplo, de flashback. Incluye un procesamiento de información pasada y reciente, lo que significa un empleo adecuado de la información entrante y evita que esta sea interpretada de manera equívoca e impulsivamente.

Algo importante que debe mencionarse a este respecto es que no se busca que el paciente crea que toda su responsividad psicofisiológica va a desaparecer completamente de la noche a la mañana. Es necesario hacerle ver que no debe perder de vista que, ante una situación desencadenante, eventualmente experimentará cierto nivel de angustia y algunos otros síntomas característicos propios de ella. Pero si es capaz de poner en práctica un autocontrol desarrollado durante la relación terapéutica y es capaz de moderar su respuesta, esto constituye un éxito terapéutico muy significativo.

7.4 Tratamiento por trastorno.

Algunas ocasiones, el TPEP mostrado en ciertas situaciones ha sido observado de manera tan completa, que se han desarrollado formas de tratamiento muy específicas, dadas las características que provocan la aparición de este trastorno.

En el caso de **abuso sexual** durante la edad adulta, las formas de tratamiento son diversas. Kubany & Watson (2003), por ejemplo, desarrollaron una intervención cognitivo – conductual exclusiva para mujeres encarceladas y con diagnóstico de TPEP (CTT-BW) para tratar su historial de maltrato (físico, psicológico e intrafamiliar). Este modelo incluye:

- a) Información psico-educativa sobre el TPEP.
- b) Manejo del estrés que incluye entrenamiento en relajación.
- c) Auto-monitoreo de pensamientos y verbalizaciones inadaptados.
- d) Hablar sobre la vivencia traumática y tareas de exposición.

Krakow et al (2000, 2001) creó una forma de terapia de imaginación: el IRT (Imagery Rehearsal Therapy) para casos de pesadillas postraumáticas en mujeres víctimas de abuso y víctimas de crímenes en general que desarrollaran TPEP. El procedimiento consiste en que las víctimas elijan una pesadilla de entre todas las que experimentan y que les resulte menos intensa, para comenzar a trabajar con ella. Según sus resultados, a las tres sesiones ya había indicios de disminución de la cronicidad de las pesadillas y una mejora en la calidad de sueño. De todas maneras hacía una evaluación completa a los tres y a los seis meses del tratamiento. En el 60% de los casos la primera pesadilla seleccionada cesó por completo a los tres meses (Forbes et al, 2003).

El éxito del tratamiento psicológico en el caso de **violación** es un punto bastante difuso, porque dependerá de la orientación del clínico para poder predecir los resultados, debido a que los diferentes tratamientos tienen variaciones en el tiempo y metodología (sin olvidar que aún son pocos los expertos que tratan a las víctimas desde la visión de TPEP relacionado con la violación).

La forma de atención más conocida es la propuesta por Caplan en 1964, en donde detalla las necesidades primarias de las víctimas de violación dispuestas en tres fases:

Fase aguda.

- a) Apresurar los cargos judiciales.
- b) Informar a la familia y amigos íntimos.
- c) Someterse a pruebas de contagio venéreo y embarazo.
- d) Información básica acerca de las reacciones emocionales esperadas y manejo del autocontrol y la ira.

Fase de intervención.

- a) Sesiones familiares.
- b) Cambio de actitudes.
- c) Ayuda externa.

Fase de integración y resolución.

- a) Orientación acerca de los recuerdos obsesivos.
- b) Elaboración de sentimientos y dominio cognoscitivo.

Belloch (1995), manifiesta que "a menos que las víctimas puedan aprender a trascender los efectos del suceso traumático y a superar su autoimagen como víctimas de violación, se podrá decir que no se han recuperado totalmente del trauma".

Además, existen diferencias marcadas en el tratamiento cuando las víctimas han experimentado la violación recientemente y piden la ayuda casi inmediatamente al trauma que cuando ya ha pasado el tiempo (que supone una mayor severidad del trastorno y de los síntomas además de la posibilidad de re-victimización).

Kilpatrick (1995), propone una forma de tratamiento llamado Programa de Intervención Breve (VIP), con una duración aproximada de 4 a 6 horas debido a que considera que la situación tan intensa que vive la víctima después de la violación dificulta una intervención que requiera cooperación sustancial de la misma víctima.

Primero se instruye en técnicas de relajación muscular y respiración profundas y se le pregunta sobre la violación (que sienta lo que experimentó en ese momento, que lo exprese y que se permita sentir con todo su cuerpo lo que ocurrió a cada momento). En este punto se busca lograr una "descarga emocional", donde la víctima evoque hasta los más mínimos detalles y las sensaciones que pudieran ya haberse bloqueado.

En segundo término, se le hace a la víctima una presentación de su situación desde el modelo del condicionamiento clásico, para explicar lo que está viviendo.

La tercera fase comprende una investigación de las posibles explicaciones de la culpa de la víctima sobre la violación. Cabe mencionar aquí que es necesario notar que la víctima puede experimentar responsabilidad por un posible embarazo resultado de la violación, lo que debe tomarse en cuenta dentro de los obstáculos que debe considerar el clínico al seguir un tratamiento determinado.

La última parte incluye el aprendizaje de técnicas de afrontamiento y habilidades para manejar lo sucedido después del trauma.

Otra técnica que se ha utilizado frecuentemente es el entrenamiento en inoculación al estrés.

En el caso de víctimas de ataque sexual, la exposición/ habituación ha sido aplicada con bastante éxito, tomando como medida/ variable las expresiones faciales relacionadas con el miedo que se observan en estas víctimas desde la primera sesión.

En el caso de ocurrir un desastre de tipo natural, la ayuda psicológica debe ocuparse de "armar" a los sobrevivientes con los suficientes recursos que les ayuden a elaborar mejores formas de enfrentar su nueva realidad ante el desastre, y disminuir la probabilidad de aparición de cualquier patología (incluyendo el TPEP).

Benyakar propone que, ante casos como los **desastres naturales**, puede ocurrir lo que él llama "inmunidad psíquica". Consiste en "capacitar" a las poblaciones en peligro para saber qué sucederá, cómo afrontarlo, cómo vivir el evento per se, cómo prevenirlo, cómo serían las consecuencias. . . en sí, "que sepa actuar durante los acontecimientos" (Benyakar, 2003). Su propuesta es, ante todo, de prevención; sin embargo, esto constituiría una forma de conformar una nueva forma de ver al acontecimiento desastroso si volviera a suceder (tomando en cuenta que eventos como huracanes, inundaciones, tornados, etc., suceden en lugares que están propensos a que ocurran cada cierto tiempo o temporada). Agrega que en la preparación de los grupos comunitarios es necesario incluir la transmisión de todo lo aprendido en experiencias anteriores para que éstas puedan servir de modelo inspirador cuando deban tomarse decisiones (experiencias previas). Las catástrofes implican trabajar en un terreno en extremo incierto, a veces ni siquiera imaginable, que reclama plasticidad y creatividad.

Sin embargo, dentro de la acción que sigue a un desastre, propone que la gravedad de un desastre se expresa en el grado de premura con que deben realizarse las acciones al respecto.

Una propuesta que debe formar parte de la ayuda psicológica a los damnificados que sufrieron de pérdidas humanas consiste en que se les ayude a elaborar el duelo contemplando el hecho de que la muerte (ocurra en la forma que ocurra) es una parte natural y normal del ciclo vital, de manera que pueda aceptarse. El riesgo a sufrir TPEP ante una pérdida es mayor si la muerte ha sido violenta, repentina o inesperada.

Según Cohen (1999), "los objetivos de la ayuda a los damnificados son:

- o Aumentar la comprensión del estrés para mitigar sus efectos.
- o Reducir al mínimo las repercusiones del trauma mejorando las estrategias de adaptación.
- o Establecer y mejorar la comunicación y la habilidad para resolver problemas para obtener tipos concretos de ayuda.
- o Restablecer la adaptación y el funcionamiento social en el marco de los sistemas de socorro rápidamente cambiantes.
- o Apoyar las relaciones con otros damnificados y miembros del personal de los organismos que proporcionan atención sanitaria, refugio y asistencia económica.
- o Trabajar con los organismos de la comunidad con las necesidades de los damnificados.
- o Continuar promoviendo la resolución de la crisis y la adaptación a los cambios en la comunidad en la etapa posterior al desastre, para que los damnificados puedan seguir respondiendo de manera normal a los cambios anormales en sus vidas.

- o Estimular la resolución de la crisis y la adaptación a los cambios en la comunidad en la etapa posterior al desastre, para seguir respondiendo normalmente a un evento traumático anormal".

El tratamiento para los sobrevivientes de desastres naturales en general va dirigido a un cambio en sus esquemas cognitivos. Por supuesto, las víctimas tendrán que cambiar algunos esquemas mentales que conformaban su realidad y que ahora está dividida: antes – durante – después del siniestro. Se debe ayudarlos a “dejar” en el pasado el antes y el durante, de manera que puedan convertir esos “recuerdos traumáticos” en un simple recuerdo de algo que ya pasó y no puede hacer daño de nuevo. También es importante ver esto si las personas están en riesgo de sufrir otro percance de esta índole (como la gente que habita en los márgenes de los ríos, en zonas de huracanes, en zonas de alta actividad tectónica, en áreas de tornados, etc.) para poder elaborar su nueva realidad incluyendo estos sucesos como parte de su “vida normal”.

Para los **veteranos de guerra**, dado que fueron la causa directa de que se distinguiera este trastorno, existieron muchas propuestas de tratamiento. Estas opciones además, fueron cambiando a través del tiempo y con respecto a la situación de guerra que se vivía: no se trató a los soldados de las guerras mundiales igual que a los veteranos de Vietnam o los sobrevivientes del conflicto del Golfo Pérsico durante la Tormenta del Desierto.

Debido a su estado de labilidad emocional, se ha observado que los veteranos de guerra buscan la ayuda terapéutica como una forma de ganar apoyo social, como lo que en psicoanálisis se denomina “ganancia secundaria” (uso que el paciente puede hacer de sus síntomas para manipular su ambiente a favor suyo). No inventan alteraciones físicas y/ o mentales, sólo las exageran con el propósito de “llamar la atención” (DeViva & Bloem, 2003).

Durante la segunda Guerra Mundial, un método de tratamiento utilizado con los soldados afectados era la Narcosintesis. Este método consistía en administrarles pentotal de sodio (conocido durante la Guerra Fría como el “suero de la verdad”) o amital sódico intravenoso e inducirlos en un estado semi-hipnótico; en este punto el clínico comenzaba a hablarle y le hacía creer que se encontraba en medio del campo de batalla. El soldado generalmente recordaba sucesos propios de su experiencia en combate y muchas veces actuaba estas experiencias. El objetivo era que recordara los sucesos atemorizantes que eran los causantes de su padecimiento incluyendo aspectos y detalles que ya habían sido bloqueados y que conscientemente no existían. Si esto ocurría, el clínico lo animaba a hablar de ello. A medida que el enfermo volvía a la realidad se le seguía pidiendo que hablara de estos temores, con la esperanza de que cayera en cuenta que tales sucesos pertenecían al pasado y no había forma de que, en ese momento, le amenazaran o hicieran daño. Esta intervención ocurría dentro del

campo de batalla, ya que los clínicos consideraban que no era necesario alejarlos de su batallón.

Del conflicto bélico ocurrido en Vietnam, las propuestas resultaron diferentes. Una de las propuestas para los veteranos de Vietnam fue la de Robert Jay Lifton en 1971. Él inició los llamados "grupos de charla", a los que acudían los sobrevivientes de este conflicto buscando ayuda. Se buscaba ayudarlos a procesar sentimientos residuales de su experiencia en la guerra que no consideraban suya y que les traía tan malas consecuencias (Davidson & Neale, 2000), sin tomar en cuenta su recién adquirida adicción al alcohol y/ o las drogas.

Otra propuesta para trabajar con los mismos veteranos de Vietnam la propone Embry (1990; citado en Sue, Sue & Sue, 1996), y su trabajo se resume en cuatro puntos:

- o Establecer compenetración por medio de la comprensión del significado del trauma para el individuo.
- o Permitirle "tener permiso" para expresar sus emociones.
- o Ayudarlo a aprender a dejar el papel de "enfermo".
- o Enfocar los problemas actuales al igual que el trauma previo.

Para la "fatiga de combate", los psiquiatras Bourne (1970) y Strange & Brown (1970) indicaron tratamientos de apoyo y relajación apartando al soldado del campo de batalla, mientras que Kardiner (1947) y Spiegel (1959) recomendaron tratamientos con características psicoanalíticas adaptados a la situación. Kardiner, en su texto "The Traumatic Neurosis of War" (1941), detalla los síntomas del TPEP relacionados a la amnesia provocada por experiencias dentro del campo de batalla (Benyakar, 2003). En general, las técnicas psicoterapéuticas que más se utilizan en estos casos son la Re-estructuración cognitiva, la verbalización y la exposición.

Con respecto a la medicación, el tratamiento de los excombatientes se ha llevado a cabo enfocado a disminuir algunos de los síntomas que caracterizan estos casos. En 1994, Van del Kolk et al, encontraron que la fluoxetina en veteranos con TPEP relativo al combate era efectiva en síntomas como la hiperalerta y el embotamiento emocional (Hembree & Foa, 2003).

En el caso de los MAO, se utilizó la fenelzina (nardil) en veteranos hombres, encontrándose resultados favorables (de moderados a buenos) en síntomas de re-experimentación y alteraciones de sueño.

En ocasiones, los pacientes necesitan ser internados en un hospital por períodos breves. En Estados Unidos existen programas de hospitalización por tres

semanas para ex – veteranos de Vietnam. Su tratamiento incluye abreacción (provocar que el material traumático aflore a través de la relación terapéutica para buscar la curación, por medio de asociación libre) y elaboración del material en grupo. Un dato particular es que, como requisito principal, el terapeuta debe haber servido en el ejército norteamericano durante el conflicto bélico en Vietnam (de modo que el nexa terapéutico sea plenamente de confianza y sea más sencillo entender su situación).

Trabajar con los sentimientos de odio y venganza de forma directa resulta ser muy beneficioso en el tratamiento de TPEP para las víctimas de conflictos bélicos o accidentes causados por el hombre, en donde el paciente encuentre que "alguien tiene la culpa" y desee cobrar justicia por cuenta propia a su daño.

La terapia familiar y/ o de grupo es empleada con víctimas que han presenciado **violencia intrafamiliar** o doméstica. Dependiendo su situación, es un hecho que el tratamiento que se les dé incluye una intervención especial si esta situación de violencia dentro de la familia estaba acompañada de abuso físico, sexual, psicológico, etc. Generalmente no hay un tratamiento específico en casos de TPEP para las víctimas de violencia doméstica, porque se observa casi siempre con algún otro daño, como los mencionados antes. Y además, porque la situación de violencia intrafamiliar es considerada como situación desencadenante de la victimización a tratar.

Las intervenciones deben ajustarse a las características de la dinámica familiar que propicia el maltrato, para disminuir su incidencia.

Según Vírveda Heras, en el tratamiento para las víctimas de violencia intrafamiliar "los enfoques más efectivos suelen ser aquellos que trascienden una teoría específica e intentan resolver de manera interdisciplinaria (aspectos legales, médicos, laborales) los problemas del sistema familiar en sí así como de los subsistemas, por ejemplo la pareja, los hermanos y de los individuos" (Vírveda Heras, 2000)

Dentro del tratamiento inmediato, el punto que primero debe cubrirse es la búsqueda de seguridad para la víctima. Muchas veces esto implica sugerir al paciente el abandono de su hogar para vivir con familiares o en un albergue, lo que implica una toma de decisiones importantes que determinan el futuro de la vida del paciente. Es necesario también captar información sobre los recursos del sujeto (familiares, comunitarios) en cuestiones de apoyo. La evaluación sobre la situación del sujeto debe ser tan completa que es necesario determinar la gravedad del ambiente, sobre todo ante la posibilidad de un peligro significativo como la amenaza de suicidio o de homicidio incluso. Esto último es muy importante, porque son este tipo de amenazas las que obligan al sujeto a permanecer dentro de un ambiente agresivo en su propio hogar.

En el caso del tratamiento para otros casos de TPEP, es necesario determinar cuál es la causa y las consecuencias del desarrollo de este padecimiento.

En el caso de **Traumatización Indirecta** observada en oficiales de policía con diagnóstico de TPEP, se ha observado que necesitan de un tratamiento que les permita conservar la calma necesaria en sus tareas diarias, debido a que es necesario que antepongan su razón al evaluar las situaciones en que es necesario que laboren por la seguridad de los ciudadanos en ocasiones de peligro y reaccionar adecuadamente. De esta manera, si su reacción es incorrecta, los resultados serán fatales.

El objetivo a trabajar dentro del tratamiento a policías con TPEP es cambiar su visión del mundo, ellos perciben su ambiente como un mundo más peligroso, incontrolable e impredecible; por esto reaccionan primero de manera emocional antes de pensar en la seguridad de ellos mismos y la sociedad en general.

En el caso de TPEP por la **pérdida de un familiar**, existe la propuesta de la Elaboración de Relatos (account-making). "La idea básica es que la gente elaborara la pérdida de alguien por medio de un relato, una historia, acerca de la pérdida. La historia estaría detallada y en el mejor de los casos podría servir de explicación; al mismo tiempo aportaría información detallada sobre los eventos ocurridos dentro de la misma pérdida para el paciente" (Barnes & Harvey, 2000). Su trabajo se basa en la facilidad que tienen algunas personas para crear relatos sobre cualquier detalle o momento de su vida. Utiliza esta capacidad para trabajar con los eventos que constituyen experiencias dolorosas y difíciles en la vida de las personas.

El tratamiento ante un caso de TPEP causado por una pérdida debe hacer énfasis en tres puntos:

1. Los aspectos traumatizantes relacionados con la pérdida.
2. La evitación.
3. La desensibilización (habitación) ante los estímulos atemorizantes.

Varios autores proponen que es más adecuado tratar primero los síntomas de TPEP que los que corresponden al dolor y sufrimiento propios de la pérdida,

pero no han sustentado lo suficiente su propuesta. También insisten en combinarlo con una intervención de tipo tanatológica para los familiares de la persona muerta.

8. DISCUSIÓN FINAL Y CONCLUSIONES. LA SITUACIÓN ACTUAL DEL TPEP.

El Trastorno por Estrés Postraumático es, en la actualidad, un trastorno psicopatológico muy importante que debe seguir siendo estudiado detenidamente, dada la situación mundial que se vive hoy en día. El clima de violencia que impera actualmente cada día se vuelve más notable: la guerra es cruel y prolongada; las víctimas, son incontables; el terrorismo invade cada vez más pueblos y contribuye a la expansión mundial de un sentimiento de pánico y desesperanza generalizados; el incremento de la victimización dentro de las grandes ciudades aumenta el sentimiento de inseguridad que merma la salud mental de la sociedad; y, por si esto fuera poco, el poco interés en la emergencia ecológica se ve manifestado en los abruptos cambios ambientales que provocan desastres más catastróficos y prolongados (huracanes, inundaciones, sequías, terremotos, etc.). La sociedad está cada vez más necesitada de apoyo y de guía con respecto al afrontamiento de este tipo de situaciones y, desgraciadamente, el poco conocimiento por parte de los expertos ha provocado un grave distanciamiento entre las disciplinas del conocimiento y la gente que necesita de su ayuda.

Si bien, como se ha observado, la investigación acerca de la ocurrencia de TPEP ha cobrado un serio interés dentro de la comunidad clínica en general, es necesario que el estudio se extienda a manera que pueda conseguirse un conjunto de información precisa, clara y sistemática que explique ampliamente todo lo relacionado a este desorden. En México, por ejemplo, un psicólogo es (en la mayoría de los casos) el último experto al cual se recurre; es como si no existiera o su participación no fuera importante.

En este caso, existen varios puntos que a futuro deben ser aclarados (de preferencia, en un futuro cercano):

- o La definición de la teoría acerca del TPEP, conformando un conjunto de información bien clara y actualizada.
- o La definición del propio TPEP, determinándolo en cada una de las situaciones en las cuales puede desarrollarse, así como el tratamiento particularmente adecuado para cada situación.
- o Extender el dominio de TPEP no sólo en el caso de los veteranos de guerra, sino a todas esas situaciones no cotidianas que constituyen eventos altamente estresantes y muchas veces traumáticos, de forma clara y sistemática, y por supuesto con bases de investigación serias.
- o Lograr obtener una posibilidad teórica de tratamiento del TPEP adecuada a cada grupo, sub – cultura o población, de manera que pueda facilitarse el tratamiento expedito y adecuado a la situación propia del paciente.

- o La obtención de una información tan clara sobre el TPEP que no haya posibilidad alguna de cometer errores en la diferenciación de los trastornos manifestados en las víctimas de alguna situación traumática.

En México, actualmente existe un interés poco significativo en estudiar el TPEP. No obstante, algunos teóricos e investigadores se han dado a la tarea de comenzar un movimiento que le dé a este desorden su justa importancia. Y esto ha sido a causa del crecimiento notable de las cifras sobre incidencia y prevalencia del TPEP no sólo a nivel mundial, sino nacional y en nuestra propia sociedad. Se ha podido observar a través de la aparición de textos publicados en estos tiempos que es muy necesario que la Psicología voltee la vista hacia este tipo de situaciones en las cuales las sociedades actuales se hayan inmersas y así poder adecuar el conocimiento (desarrollar nuevos conocimientos e información de ser necesario) y lograr que la Psicología no quede fuera ni mucho menos desatendida esta necesidad tan importante y propia de la vida cotidiana. Desgraciadamente, el hecho de que exista poca atención a este tipo de alteraciones provoca que se ignore la existencia de estos, lo que lleva a la negación de los mismos. En México, esto es lo que está sucediendo, no sólo por la tendencia a ser influenciados por las normas del país vecino del norte (además de su notable influencia de tipo económica y política), sino por la poca atención que se le ha dado al interés de los investigadores en problemas nuevos y el pobre apoyo a la investigación en general. Por extraño que parezca, en cualquier caso en que un suceso traumático ocurra, el último en aparecer o en ser convocado es el psicólogo, y la gente no sabe a quién acudir, por lo que la gravedad es cada vez mayor. Por ejemplo, si ocurre una violación, los únicos que figuran como personajes importantes son: la policía y el Ministerio Público (en donde se realiza la demanda penal), el médico legista (que verifica el daño físico inflingido a la víctima), el abogado (en el caso que la familia pueda pagarlo), y la familia cercana, que intenta apoyar a la víctima según sus posibilidades. En algunos casos, debido a las inclinaciones y costumbres de las víctimas, la presencia de un sacerdote o ministro religioso aparece en escena, aspecto acostumbrado en nuestra sociedad (mayormente católica o con alguna religión determinada), que suele ser de gran ayuda para la víctima, pero el psicólogo no aparece ni en el guión de la historia.

Primeramente, es necesario que la Psicología reconozca que es necesario cambiar algunas perspectivas en la posibilidad de una intervención ante eventos (ahora tan comunes) como lo son la violación, el abuso sexual, los desastres naturales, los accidentes, ataques terroristas, una muerte intempestiva, etc. Primeramente, que se acepte que la amenaza de aparición de TPEP existe, y que es una posibilidad latente en el diagnóstico que se le hará a la víctima. Se precisa realizar un diagnóstico con mayor cautela para así diferenciar claramente el TPEP de cualquier psicopatología grave, de manera que incremente la calidad del servicio psicológico y, simultáneamente, el conocimiento que hasta ahora tenemos del TPEP (sobre todo, según nuestras propias experiencias, dentro de nuestra sociedad; no siguiendo estándares extranjeros). México ha sido considerado últimamente como un país con altos índices de violencia e inseguridad, además, ha sido víctima de diversos fenómenos naturales que han provocado preocupación

y necesidad de intervención a nivel nacional; en los últimos años ha sido escenario de grandes devastaciones ocurridas por fenómenos meteorológicos que se han mostrado como más catastróficos que los ocurridos anteriormente y con un mayor poder destructivo; las cifras obtenidas por instituciones civiles han revelado el incremento de la violencia dentro del vínculo familiar y el crecimiento en la tasa de desintegración familiar, que simultáneamente colabora en la expansión de la violencia dentro de la sociedad en forma de inseguridad, vandalismo, narcotráfico, pandillas, niños en situación de calle, etc. Todo esto está convirtiéndose en aspectos comunes de nuestra ciudad, no necesitamos ir tan lejos como en el caso de otras naciones y otros grupos donde además la guerra es cotidiana. En México, el ambiente cercano del narcotráfico provoca que el clima bélico se respire por las calles: ejecuciones a plena luz del día y en lugares totalmente públicos, tiroteos en medio de mucha gente inocente, masacres ocurridas por causa de desacuerdos políticos y religiosos; la discriminación que día a día se observa de la población indígena es equiparable a los casos de discriminación racial ocurridos en Europa y Asia. Y tal vez se piense que situaciones como el terrorismo no ocurre en la sociedad mexicana, pero hechos como el secuestro (que últimamente no deja de aparecer en las noticias y que se ha vuelto tan común) o los homicidios de mujeres en el norte del país son hechos que de igual manera provocan que el miedo y el pánico se extiendan entre la población; tal vez no exploten bombas en la ciudad, pero la gente no se siente dueña de salir libremente por las calles o pasear a cualquier hora, sobre todo por la noche. Cada uno de estos ejemplos pone de manifiesto la importancia que esto reviste. Es preciso comenzar a estudiar la ocurrencia de TPEP aquí, en México, para así poder intervenir adecuadamente a la población víctima de estos desastres y de estas situaciones que día a día ocurren en nuestra sociedad y que van conformando nuestro medio ambiente.

De hecho, al observar que pareciera que el psicólogo no existe en estas situaciones, es deber de este gremio de profesionales el incursionar en estos problemas; ocuparse de ver por las víctimas, ya que quién más podría ser el indicado para ver por la salud mental de los afectados, sea cual sea el caso. No se trata de monopolizar la atención, sino de incorporarse a ese grupo interdisciplinario que ya se encarga de atender a las víctimas de acuerdo a sus conocimientos y posibilidades. La Psicología ha podido desarrollarse mucho en su interrelación con otras disciplinas a través de su historia, así que en este caso bien podría auxiliarse de las otras ramas del conocimiento involucradas en este tipo de situaciones para 'crear' el papel de la Psicología y delimitar la participación de los psicólogos dentro de la atención a las víctimas. En resumen, un trabajo de equipo.

Y no solamente tomar en cuenta estos aspectos como un conjunto de situaciones bajo las cuales, dado su carácter de impredecible o causante de impotencia o falta de capacidad de control en el individuo, la salud mental del ser humano se puede ver deteriorada o afectada de alguna manera. En el caso de la criminalidad sexual o los accidentes provocados por la acción humana esto podría ser justificable hasta cierto punto, pero en los casos de los desastres naturales la tecnología actual permite que se pueda predecir el curso de los fenómenos y las

posibles consecuencias; en el caso de la experiencia de violencia intrafamiliar, esto se va gestando de forma gradual, se ha observado que conforma una historia de años o bastante tiempo de vivir en un clima de violencia, por lo que es algo que va evolucionando y no se presenta de la noche a la mañana; en los casos relacionados con la guerra, éste tipo de conflictos también son igualmente previsibles, en tanto las dificultades entre los bandos se hacen presentes y se tornan tan graves que no son resueltas de forma satisfactoria (por lo que se recurre al conflicto armado); e igualmente se podría detallar las circunstancias relacionadas con otros tipos ya mencionados anteriormente que son presumibles causas de la aparición de alguna sintomatología postraumática. Cada uno de ellos precisa de su definición, estudio, descripción y asignación de un tratamiento específico según sus propias características. Las estadísticas y la Historia pueden dar detalles sobre la situación que se está viviendo día con día con respecto a este tipo de sucesos disruptivos (como bien los denominó Benyakar) y a su vez, este conjunto de datos podrían servir para determinar el futuro a esperar dentro de la vida futura de la población y de la sociedad en la que nos encontramos y a la que pertenecemos. La información existe, sólo hay que trabajar.

Es muy importante mencionar que, en general y con respecto a la información teórica y estadística de la ocurrencia de TPEP, esta información sí que existe. Sin embargo, ésta se encuentra fraccionada y dispersa en datos que se hayan dentro de las pocas investigaciones realizadas y en los reportes de estudios realizados en el extranjero; en algunos olvidados textos de psicopatología y en los manuales de trastornos psicopatológicos. Un objetivo de realizar este trabajo fue, precisamente, reunir la información general más actual y significativa del TPEP, de manera que exista una fuente bibliográfica que sirva de base a futuras investigaciones (ya sea documentales o empíricas), que logren llegar a conformar lo que podría llamarse la 'Psicología del TPEP en México'; que se logre darle un lugar a este trastorno y que no siga en la ignorancia, de manera que pareciera que no existe y esto lleve a los clínicos y a los expertos a evaluar a las víctimas de forma equivocada, elaborando un diagnóstico erróneo e inadecuado y provocando que la atención proporcionada a estas víctimas sea propicia al desarrollo de nueva sintomatología o agravar las alteraciones que ya existían (en un claro detrimento de la salud mental del paciente – cliente - víctima).

Definitivamente, el reunir el conocimiento es una tarea urgente. Desgraciadamente en la actualidad una dificultad que se presenta ante la ocurrencia de un evento presumiblemente traumático, consiste en que las víctimas que desarrollan algún tipo de sintomatología postraumática son la mayor de las veces mal diagnosticados y terminan siendo medicados de forma simple y sin el menor cuidado por parte de los médicos. Esto no siempre es de forma premeditada, la más de las veces esto ocurre provocado por la ignorancia y la falta de conocimiento acerca del TPEP y demás sintomatología postraumática que deviene de la vivencia de un evento que genera un sentimiento de impotencia y que representa para el individuo una situación imposible de controlar. Esto nos remite una vez más a la necesidad de la participación del psicólogo en estas áreas, áreas en que el conocimiento propio de la Psicología no sólo es necesario,

sino que el trabajar en ello proporcionaría a la propia Psicología un gran conocimiento y nuevas vías de investigación, enriqueciéndola y avanzando en su importancia y desarrollo propio.

Presumiblemente, la causa principal de este 'mal diagnóstico' es la ignorancia y la idea equivocada que se tiene de la Psicología por parte de la sociedad. Desgraciadamente, no podemos esperar que un policía o un abogado que atienden a una demanda por abuso sexual o violación tengan presente que la víctima está en crisis y que es necesario 'tratarla' de cierta manera para poder prevenir una alteración tal vez peor, por ser de tipo psíquico; es difícil que los altos mandos militares comprendan porqué casi la mitad de sus tropas sufren de algún tipo de incapacidad para mantenerse en el campo de batalla, etc. Cuando ocurre un desastre natural (del tipo que sea), las autoridades creen que la única necesidad inmediata de los sobrevivientes es la casa, el vestido y la alimentación, nada más. Evidentemente se 'niega' la posibilidad de que las víctimas necesitan de una atención dirigida a su situación mental, para mantener o procurar un equilibrio emocional que permita que la persona elabore lo que le sucedió como una experiencia pasada, que obtenga un aprendizaje provechoso y que continúe con su vida de forma natural. Es esta la importancia de la participación psicológica. Y tal vez no sólo la rama clínica de la Psicología sea la que tuviera ingerencia en estos temas, en el plano de la prevención (que es igualmente importante) las ramas educativa y social podrían ver el modo de "educar" y "observar" a la sociedad para así mostrarles cuales son las posibilidades en cuanto a ayuda al afrontar determinado problema; si el mal diagnóstico ocurre, muchas veces es porque la víctima acude al personal inadecuado, o poco preparado para la situación que vive y que sufre en el momento. Recordemos que la mayoría de los clínicos en general no conocen este trastorno y su incidencia, pues apenas se comienza a mencionar en la literatura; cómo podríamos esperar que reaccionen de forma que se pueda diagnosticar y evaluar un suceso traumático como posible desencadenante de TPEP cuando ni siquiera ha oído acerca de tal desorden?

El tener la información no sólo a la mano sino bien presente nos llevará a seguir desarrollando postulados teóricos y nuevas formas más efectivas de tratamiento, así como definir claramente las situaciones en que se presentan los síntomas característicos de este tipo de trastornos mentales, de forma que el diagnóstico no sea limitado por patrones temporales (como es el caso del DSM) y que esto provoque consecuencias que afecten de forma negativa la atención a las víctimas, sobre todo en la atención inmediata (intervención en crisis). Como se ha podido observar, el DSM – IV dio un gran paso al ampliar la visión que se tenía sobre el TPEP, no se puede negar, pero es necesario abundar y ampliar este conocimiento con respecto a la realidad y características de cada grupo y/o sociedad, para beneficio de sus componentes humanos.

Por otro lado, el avance de la tecnología nos propone un nuevo reto: hoy no es necesario tener un "contacto directo" con una situación traumática. Con el desarrollo de los medios de comunicación (para precisar, la televisión), las

situaciones de alto nivel de estrés se encuentran en cada uno de los hogares, afectando de diferente manera a los espectadores. La veracidad e impacto de las imágenes llega directamente al individuo causando una alteración psicológica equiparable a la ocurrida en el psiquismo de las víctimas directas del evento. Esto lleva a la necesidad de una cultura nueva, que incluya una educación dirigida a la sociedad (principalmente de protección a individuos altamente sensibles, como lo son los niños), de manera que puedan interpretar la información racional y emocional contenida en las imágenes de forma adecuada y evitar que los afecte deviniendo un desorden psicopatológico, como el TPEP.

De igual manera, la poca capacitación que se destina a las personas que atienden a las víctimas está provocando que ellos se conviertan en víctimas indirectas y que comiencen a mostrar una sintomatología similar a la que "están tratando". Esto es una prueba de los errores y las deficiencias del tratamiento y del conocimiento que se tiene del propio TPEP y de las situaciones que lo provocan, tanto en el momento de vivir un suceso traumático, en el momento de evaluarlo, en el momento de tratarlo, y dentro de la retroalimentación. Los clínicos que están en medio de estas situaciones necesitan delimitar muchas situaciones aún, para poder así elaborar una evaluación y diagnóstico adecuados, y una capacitación de acuerdo con toda esta información que prevenga la aparición de sintomatología postraumática en ellos, en detrimento de su propia salud mental y la de los pacientes que atienden como parte de su trabajo.

Por otro lado, es preciso delimitar las manifestaciones de TPEP desde diversas perspectivas. De forma específica y dado el avance de las situaciones de violencia alrededor del mundo, es menester precisar qué tipo de atención es adecuada en caso de un suceso traumático en un determinado tiempo y lugar; para esto se necesita un apoyo interdisciplinario entre la Psicología y otras vertientes del conocimiento y la sociedad (antropología, el sistema de justicia, la biología, la ecología, etc). Y no sólo es necesario con respecto a la violencia, sino a la vida cotidiana de cada grupo humano.

En resumen, hoy la Psicología en México tiene el reto de estudiar la ocurrencia de TPEP en la población mexicana a través de los diferentes eventos que podrían generar dicha ocurrencia de TPEP, obtener la información estadística sobre cada una de las posibles causas (violación, terrorismo, desastres naturales, etc.) para conformar una "cultura" de prevención; y conformar también un conjunto de información sobre TPEP en la población mexicana para así desarrollar un tratamiento acorde a las necesidades de nuestra sociedad, emitido por los mexicanos y para los mexicanos.

Es necesario 'rescatar' este trastorno de la ignorancia, ubicarlo dentro de las características de la vida actual, reconocer que sucede y que es tal su incidencia que es menester ubicarlo y reconocerlo de tal manera que el tratamiento de estos conflictos llevará a solucionar una buena parte de los problemas de salud pública de nuestra sociedad. Además, llevaría a los comienzos de una nueva forma de cultura de prevención, porque conocer el

problema es ya comenzar a solucionarlo. Ojalá esto sirva para que en futuras investigaciones todo esto pueda ser solucionado y pueda así existir dentro de la Psicología el conocimiento suficiente para que el Trastorno por Estrés Posttraumático no vuelva a ser ignorado jamás.

Un punto de suma importancia en este caso es precisar que, debido a que las características de los factores desencadenantes de TPEP, es necesario aclarar que este desorden no es manifiestamente del orden de climas violentos. La vida de una sociedad está caracterizada por eventos de diversos órdenes, los cuales pueden fluctuar entre lo casual, lo inédito, lo inesperado y lo acostumbrado, lo catastrófico, lo fatal, etc. Tan es así que en segundos se puede verificar un terremoto de consecuencias fatales o puede observarse un arco iris a lo largo del cielo. Como se precisa dentro del DSM – IV, el carácter de las situaciones vividas para poder diagnosticar un TPEP es que deben ser fuera de lo normal, de gran impacto emocional, y generalmente esto lleva a las situaciones verificadas en el ámbito de la violencia, la guerra, la inseguridad, el crimen. Situaciones que se pueden ver día a día, a veces de cerca y otras veces de oídas, pero que pueden suceder en cualquier momento.

En conclusión, el TPEP nos ofrece retos que constituyen una gran importancia, pero que por motivos que se han mencionado y que no escapan a la vista, no han podido ser afrontados de manera seria por nuestra disciplina. La situación que se nos plantea en la teoría es grave, en los medios de información podemos verificarlo diariamente, y de igual manera dentro de la literatura encontramos detalles que nos infunden confianza acerca de la atención que se está comenzando a difundir sobre este tipo de acontecimientos. Sin embargo, la realidad nos muestra otra cara, una en la cual el psicólogo no aparece y los intereses de otro tipo intentan resolver las necesidades de forma superficial, rápida, de manera que no supongan grandes gastos. Ante un desastre, la atención médica es muchas veces la única convocada y aún así en ocasiones es la que nunca llega o carece de los medios para poder brindar la atención necesaria (y esto ocurre de igual manera ante un accidente o desastre causado por el hombre). En los casos de violación o criminalidad sexual y violencia intrafamiliar se ha mencionado anteriormente las deficiencias y el nulo papel psicológico. Es conocido por muchos que existen asociaciones civiles que han intentado apoyar a este tipo de víctimas y se les reconoce sus intenciones y sus objetivos cumplidos, pero sus alcances son realmente poco significativos. Es necesario establecer y dar a conocer que es imperiosamente necesaria la participación psicológica en la atención de estas situaciones y en el tratamiento del TPEP; de otra manera se estaría colaborando a mantener el estado de inexistencia de este tipo de conflictos y situaciones que requieren de atención urgente, en beneficio de la sociedad y de la Psicología en general.

Con la realización de este trabajo se busca comenzar a darle la atención debida a este tipo de problemáticas, a sacar a la luz este tipo de fenómenos y darlos a conocer. Al realizar este trabajo, el conocimiento estará al alcance de

quienes tomen en cuenta en el futuro la urgencia de conocer estas situaciones, de manera que la investigación al respecto avance. Si no se logra, el retroceso será notable y la atención del TPEP será cada vez más inadecuada.

Si no se le otorga a la Psicología el papel que se merece en su deber de velar por la salud mental y la prevención de afectaciones a la misma, entonces los propósitos de la Psicología y el papel del psicólogo están totalmente erróneos y no habrá un porqué, un sentido de nuestra profesión. La ética nos lleva a prestar atención a todo aquél detalle que esté relacionado con la mente del ser humano, si no nos ocupamos de seguir estudiando, de investigar, de desarrollar nuestra disciplina, contribuiremos de buena manera a mantener la negligencia sobre trastornos como el TPEP, las mujeres violentas, y temas que aún son tratados como tabúes o situaciones que no existen. El ser humano es como un territorio que, en su mayoría, se conserva virgen. Como profesionales de la Psicología, es necesario que pongamos las manos a la obra y, ya sea como clínicos, como investigadores, como psicólogos, demos el primer paso y reconozcamos el problema. El conocer y delimitar la dificultad es el primer paso en la solución de problemas.

Cada día, la situación mundial y actual cambian, cada día aumentan los casos de enfermedades psicopatológicas, a cada momento ocurre un evento traumático en algún lugar del mundo, en cuestión de segundos aumenta la necesidad de atender a alguna víctima. . . si esto no da fe de la emergencia que vive el TPEP en nuestros días, entonces qué es necesario para comprenderlo. Ni las guerras, ni otro 11 de septiembre, ni otro 11-M, ni cien huracanes Paulina, ni un incendio en un barrio habitacional perdido en la ciudad, ni el caso de una niña violada y abandonada en un baldío del norte del país, nada más lo logrará. Sólo la conciencia de los psicólogos sobre estas situaciones logrará dar ese paso que es muy necesario. Ayer ya era tarde.

BIBLIOGRAFÍA REVISADA

- ❖ Almanza Muñoz, J.J. (1998) Medios de Comunicación Masiva y Estrés Postraumático. **Psicología Iberoamericana**. Vol.16 No.1. (67-72)
- ❖ American Psychiatric Association (1994) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. (4th edition) Washington DC: Author.
- ❖ American Psychiatric Association. (1968) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. (3rd edition) Washington DC: Author.
- ❖ Andrews, B.; Brewin, C.R. & Rose, S. (2003) Gender, Social Support and PTSD in Victims of Violent Crime. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.16, No.4, August. (421-427)
- ❖ Belloch, J. (1995) **Psicopatología**. Tomo II. (117-187)
- ❖ Bennisar, M.R. (2002) **Trastornos Neuróticos**. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. (539-569 / 727-729)
- ❖ Benyakar, M. (2003) **Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales**. Buenos Aires, Argentina. Editorial Biblos.
- ❖ Bisbey, S. & Bisbey, L.B. (1998) **Brief therapy for post – traumatic stress disorder**. Chichester, NY. Wiley. (1-44)
- ❖ Bradley, R.G. & Follingstad, D.R. (2003) Group Therapy in Incarcerated Women Who Experienced Interpersonal Violence: A Pilot Study. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.16, No.4, August. (337-340)
- ❖ Brand, B.L. & Alexander, P.C. (2003) Coping With Incest: The Relationship Between Recollections of Childhood Coping and Adult Functioning in Female Survivors of Incest. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.16 No.3, June. (285-293)
- ❖ Briere, J. (1997) **Psychological Assessment of adult posttraumatic states**. (25-55)
- ❖ Bueno-Osawa, R. (1996) Mujer y violencia en México. **Psicología Iberoamericana**. Vol.4 No.3, Septiembre. (37-41)
- ❖ Caballero, M.A.; Ramos, L. & Saltijeral, M.T. (2000) El Trastorno por Estrés Postraumático y otras reacciones en las víctimas del robo a casa. **Salud Mental** Vol.23 No.1, Febrero. (8-17)
- ❖ Carlson, E.B. & Dutton, M.A. (2003) Assessing Experiences and Responses of Crime Victims. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.16 No.2, April. (133-148)
- ❖ Carlson, N.R. (1999) **Fisiología de la Conducta**. Barcelona – España, Editorial Ariel S. A.

- ❖ Cohen, J.A.; Berliner, L. & Mannarino, A.P. (2003) Psychosocial and Pharmacological Interventions for Child Crime Victims. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.16, No.2, April. (175-186)
- ❖ Cohen, R. (1999) **Salud Mental Para Víctimas de Desastres**. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. Editorial Manual Moderno.
- ❖ Davidson, G. C. Neale, J.M. (2000) **Psicología de la Conducta Anormal**. Limusa Wiley 2a edición. (193-202)
- ❖ DeViva, J.C. & Bloem, W.D. (2003) Symptom Exaggeration and Compensation Seeking among Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.16 No.5, October. (503-507)
- ❖ Durand, V.M. & Barlow, D.H. (1999) **Abnormal Psychology. An Introduction**. Wadsworth Thomson Learning. (131-137)
- ❖ Echeburúa, E. (1998) **Avances en el tratamiento Psicológico de la Ansiedad**. Madrid – España, Colección Psicología, Ediciones Pirámide.
- ❖ Falsetti, S.A.; Resick, P.A. & Davis, J.L. (2003) Changes in religious beliefs following Trauma. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.16 No.4, August. (391-398)
- ❖ Forbes, D.; Phelps, A.J.; McHugh, A.F.; Debenham, P.; Hopwood, M. & Creamer, M. (2003) Imagery Rehearsal in the Treatment of Posttraumatic Nightmares in Australian Veterans with Chronic Combat-Related PTSD: 12-Month follow-up data. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.16 No.5, October. (509-513)
- ❖ Fricker, A.E.; Smith, D.W.; Davis, J.L. & Hanson, R.F. (2003) Effects of Context Question Type on Endorsement of Childhood Sexual Abuse. **Journal of Traumatic Stress**. Vol. 16, No. 3, June. (265-268)
- ❖ Gaffney, M. (2003) Factor Analysis of Treatment Response in Posttraumatic Stress Disorder. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.16, No.1, February. (77-80)
- ❖ Golding, J.M.; Wilsnack, S.C. & Cooper, M.L. (2002) Sexual Assault History and Social Support: Six General Population Studies. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.15, No.3, June. (187-197)
- ❖ González de Rivera, J.L. (1990) El síndrome de estrés post-traumático (SEPT). **Psiquis España**, Vol.11(8) 11-24.
- ❖ Halabe Cherem, J. & Saita Kamino, O. (1999) **Temas de Medicina Interna. Estrés y manifestaciones clínicas**. Asociación de Medicina Interna de México. Vol. V, No.3. McGraw Hill Interamericana.
- ❖ Halgin, R.P. & Krauss Whitborne, S. (1997) **Abnormal Psychology**. McGraw Hill
- ❖ Hamad, H. (1994) Neuro-imagen funcional en Psiquiatría II: trastornos afectivos, de ansiedad y obsesivo-compulsivos. **Psiquis** Vol.15 (9) 11-21.
- ❖ Harvey, J.H. & Pauwels, G. (2000) **Post – traumatic Stress Theory**.
- ❖ Hembree, E.A. & Foa, E.B. (2003) Interventions for Trauma-Related Emotional Disturbances in Adult Victims of Crime. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.16, No.2, April. (187-199)

- ❖ INACIPE (2002) **Seminario: introducción a la atención de víctimas de secuestro.** México, Col. Victimológica. (81-93)
- ❖ Jacobs, S.C. (1999) **Traumatic Grief: diagnosis, treatment and prevention.** Brunner / Mazel. Hamilton Printing Co. Castleton, Nueva York.
- ❖ Jenkins, S.R. & Baird, S. (2002) Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma: A Validation Study. **Journal of Traumatic Stress.** Vol.15, No.5, October. (423-432)
- ❖ Johnson, D.M.; Zlotnick, C. & Zimmerman, M. (2003) The clinical relevance of a Partial Remission Specifier for Posttraumatic Stress Disorder. **Journal of Traumatic Stress.** Vol.16 No.5, October. (515-518)
- ❖ Kaplan & Sadock. (1982) **Tratado de Psiquiatría.** 2ª edición, tomo 1. Masson – Salvat, Medicina. Madrid, España.
- ❖ Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1999) **Sinopsis de Psiquiatría.** Editorial Médica Panamericana. Madrid – España.
- ❖ Katschnig, H.; Freeman, H. & Sartorius, N. (2000) **Calidad de vida en los Trastornos Mentales.** Wiley Masson S.A. Barcelona, España.
- ❖ Koenen, K.C.; Lyons, M.J.; Goldberg, J.; Simpson, J.; Williams, W.M.; Toomey, R.; Eisen, S.A.; True, W. & Tsuang, M.T. (2003) Co-Twin Control Study of Relationships among Combat Exposure, Combat-Related PTSD, and others mental disorders. **Journal of Traumatic Stress.** Vol.16 No.5, October. (433-438)
- ❖ Kramer, T.L.; Booth, B.M.; Han, X. & Williams, D.K. (2003) Service Utilization and Outcomes in Medically Ill veterans with Posttraumatic Stress and Depressive Disorders. **Journal of Traumatic Stress.** Vol.16 No.3, June. (211-219)
- ❖ Kubany, E.S.; Hill, E.E.; Owens, J.A. (2003) Cognitive Trauma Therapy for Battered Women With PTSD: Preliminary Findings. **Journal of Traumatic Stress.** Vol.16 No. 1, February. (81-91)
- ❖ Kurian Fastlicht, S. (2001) Taller de Detección y Manejo de Desórdenes de Estrés Post-traumático (DEPT). Diagnóstico y tratamiento utilizando el Inventario de Eventos Traumáticos a través de la Etapa Vital (ETEV). **Psicología Iberoamericana.** Vol. 9, No. 4. (21-28)
- ❖ Linley, P.A.; Joseph, S.; Cooper, R.; Harris, S. & Meyer, C. (2003) Positive and negative changes following Vicarious Exposure to the September 11 Terrorist Attacks. **Journal of Traumatic Stress.** Vol.16 No.5, October. (481-485)
- ❖ Lopes Cardozo, B.; Kaiser, R.; Gotway, C.A. & Agani, F. (2003) Mental Health, Social Functioning, and Feelings of Hatred and Revenge of Kosovar Albanians one year after War in Kosovo. **Journal of Traumatic Stress.** Vol.16 No.4, August. (351-360)
- ❖ McCrone, P.; Knapp, M. & Cawkill, P. (2003) Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in the Armed Forces: Health Economic Considerations. **Journal of Traumatic Stress.** Vol.16 No.5, October. (519-522)
- ❖ Miller, L. (1998) **Shocks to the system: psychotherapy of traumatic disability syndromes.** NY- London. W. W. Norton & Company,

- ❖ Minnen, A.V. & Hageaars, M. (2002) Fear Activation and Habituation Patterns as Early Process Predictors of Response to Prolonged Exposure Treatment in PTSD. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.15 No.5, October. (359-367)
- ❖ Moreno Vela, J. Pedreira Massa, J.L. (1999) Trastorno de estrés postraumático en la infancia y la adolescencia: formas clínicas de presentación. **Psiquis**, Vol.20 No.6. (221-234)
- ❖ Murphy, S.A.; Johnson, L.C.; Chung, I.J. & Beaton, R.D. (2003) The prevalence of PTSD following the Violent Death of a Child and Predictors of Change 5 years later. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.16 No.1, February. (17-25)
- ❖ Orengo – García, F., Rodríguez, M., Lahera, G. & Ramírez, G. (2001) Prevalencia y tipos de Trastorno por Estrés Postraumático en población general y psiquiátrica., **Psiquis** Vol.22 No.4. (169-176)
- ❖ Palacios, L., Heinze, G. (2002) Trastorno por Estrés Postraumático: una revisión del tema (1ª parte). **Salud Mental** Vol.25 No.3, Junio. (19-26)
- ❖ Palacios, L., Heinze, G. (2002) Trastorno por Estrés Postraumático: una revisión del tema (2ª parte). **Salud Mental** Vol.25 No.5, Octubre. (61-71)
- ❖ Pallarés Mollín, E. (2002) **La Ansiedad. ¿Qué es? Problemas. ¿Cómo manejarla?** Ediciones Mensajero, España.
- ❖ Pole, N.; Neylan, T.C.; Best, S.R.; Orr, S.P. & Marmar, C.R. (2003) Fear-Potentiated Startle and Posttraumatic Stress Symptom in urban police officers. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.16 No.5, October. (471-479)
- ❖ Pyevich, C.M.; Newman, E. & Daleiden, E. (2003) The relationship among Cognitive Schemas, Job-Related Traumatic Exposure, and Posttraumatic Stress Disorder in Journalists. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.16 No.4, August. (325-328)
- ❖ Ramos Lira, L.; Saltijeral, M.T. & Saldivar, G. (1995) El miedo a la victimización y su relación con los medios masivos de comunicación. **Salud Mental**. Vol.8 No.2, Junio.
- ❖ Rothbaum, B.O.; & Mellman, T.A. (2001) Dreams and Exposure Therapy in PTSD. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.14 No.3. (481-490)
- ❖ Sainz Sosa, G. 2000 Desastres Naturales y TPEP. **Psicología Iberoamericana** Vol.8 No.2, Junio.
- ❖ Sherr, L. (1992) **Agonía, Muerte y Duelo**. Editorial Manual Moderno S.A. México, D.F.
- ❖ Slaikou, K.A. (1996) **Intervención en crisis**. Editorial Manual Moderno S.A. de C.V. México (67-99).
- ❖ Smith, E.R. & Mackie, D.M. (1995) **Psicología Social**. Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid, España.
- ❖ Solloa García, L.M. (2001) **Los Trastornos Psicológicos en el Niño**. México, Editorial Trillas. (189-227)
- ❖ Soto García, F. (1996) La violencia en la mujer y el trauma silenciado. **Psicología Iberoamericana**. Vol.4 No.3 (31-41)
- ❖ Sue, D. Sue, D. Sue, S. (1996) **Comportamiento Anormal** McGraw Hill, 4ª edición. (181-186)

- ❖ Thompson, C. (1950) **El Psicoanálisis**. Breviarios del Fondo de Cultura Económica.
- ❖ Thompson, K.M.; Crosby, R.D.; Wonderlich, S.A.; Mitchell, J.; Redlin, J.; Demuth, G.; Smyth, J. & Haseltine, B. (2003) Psychopathology and Sexual Trauma in Childhood and Adulthood. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.16, No.1, February. (35-38)
- ❖ Tirapu, J. Alcaiza, C. Arrondo, A. Górriz, F. Hernández, R. Lapeña, P. & Lorea, I. (2001) Tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático mediante la desensibilización por movimientos oculares. **Psiquis**, Vol.22 No.2. (80-88)
- ❖ Vallejo, M.; Peralta Rodrigo, C. & Pastor Ruiz, J. (2001) **Fundamentos de Psiquiatría. Auto evaluación razonada**. Masson S.A. Barcelona, España.
- ❖ Velasco Rosas, R. (2002) Psicología del secuestro. **Psicología Iberoamericana** Vol.10 No.1, Marzo.
- ❖ Virseda Heras, J.A. (2000) La familia y la Violencia Intrafamiliar. **Psicología Iberoamericana**. Vol.8 No.3-4, Diciembre.
- ❖ Warn Cruz, Lisa. (2003) **Modelo de Intervención en crisis. El Huracán Isidore**. Facultad de Psicología – UNAM. México, D.F.
- ❖ Yoshihama, M. & Horrocks, J. (2003) The relationship between Intimate Partner Violence and PTSD: An application of Cox Regression with Time-Varying Covariates. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.16 No.4, August. (371-380)
- ❖ Zoellner, L.A.; Goodwin, M.L. & Foa, E.B. (2000) PTSD Severity and Health Perceptions in Female Victims of Sexual Assault. **Journal of Traumatic Stress**. Vol.13, No.4. (635-649)