

## ESTRES POSTRAUMATICO ENMASCARADO

Por ALEJANDRA RUIZ LOPEZ\*

### RESUMEN

*El objetivo de este trabajo es mostrar que síntomas de evitación típicos del estrés postraumático como aislamiento, adormecimiento emocional, desinterés, vivencia de falta de futuro, sensación de abandono, se ocultan tras la apariencia de las dificultades familiares, sociales y laborales que caracterizan la vida de muchos veteranos de Malvinas. Señalamos asimismo que los síntomas de hiperactivación y reexperimentación, con sus flashbacks, recuerdos intrusivos e hipervigilancia los estigmatizaron en la categoría de "loquitos de la guerra" generando hacia ellos una injusta discriminación. Mostramos en un trabajo de investigación como la hipótesis de estrés postraumático en una población de riesgo proporcionó un camino adecuado en la mejoría de estos pacientes. La posibilidad de extrapolar este concepto a la generalidad de las víctimas de hechos violentos, permitiría una mas acabada comprensión de las dificultades que estas presentan.*

### SUMMARY

*An overview of the concept of PTSD. It comes in layer and the condition which are seen in their observable behavior often creates an invisible cover over de real problem. Behind symptoms of avoidance, like isolation or emotional numbness, often hide social and familial dysfunction. Society generates an unfair discrimination among veterans, labeling them as the "flipped out veterans" because of the presence of hyperarousal and reexperimentation symptoms. This kind of discrimination could happen too in the victims of different traumatic events. The research shows the benefits of therapy based in the hypothesis of PTSD which designed to provide a save place for catharsis of the congestive emotion, the reconstruction of the trauma and the reintegration of it to the psyche of the subject.*

**PALABRAS-CLAVE:** Reexperimentación, hiperactivación, reviviscencias, evitación.

**KEY WORDS** : Flash back, hyperarousal, avoidance, numbness.

---

\* Médica Psiquiatra. Docente del Departamento de Salud Mental de la Fac. de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Av. Santa Fe 951, 6° piso, Buenos Aires. Telefax ((5211)4327-2111/4328-2883. E.mail: centroab@ciudad.com.ar

## INTRODUCCION

¿Que tienen en común para nosotros (argentinos) palabras como Malvinas, Embajada de Israel, AMIA, violencia urbana, accidente de LAPA, etc? Todas ellas significan violencia y trauma. Todas ocupan la mente de todos por un tiempo.

Quizá generen medidas que significan grandes cambios sociales. Pero algunas de las personas que atravesaron estas situaciones no se podrán beneficiar jamás de las mejoras y no hablo sólo de los muertos y los heridos.

Hay severos trastornos emocionales, ocultos a primera vista, que se manifiestan más tarde como graves dificultades en la vida familiar, social y laboral. Nunca llegan a ser reconocidos como síntomas (pasibles de tratamiento) y llevan a la víctima a arrastrar una vida tan llena de aflicciones que puede terminar en incomprensibles suicidios.

Esto lo aprendí trabajando con veteranos de Malvinas desde 1982. Los que volvieron con problemas muy severos fueron asistidos en los Hospitales Militares. Mientras un gran grupo, que aparentemente estaba normal y saludable, retornó a sus hogares.

En aquella época yo era psiquiatra de una asociación de voluntarias: Voluntarias para la Patria. En ella se recibían las demandas de los soldados que, terminada su conscripción, volvían a la vida civil. Estas demandas eran de tipo social o laboral: pedían trabajo, préstamos, casa, a veces un oído atento que escuchara sus preocupaciones. En general las Voluntarias conseguían satisfacer las demandas, pero sólo en el corto plazo, pues muchos veteranos abandonaban los nuevos puestos de trabajo, los prestamos pronto se malgastaban y los matrimonios se rompían

una y otra vez generando situaciones familiares muy difíciles.

Mi función era coordinar los grupos de voluntarias que realizaban diferentes tareas y también recibir las consultas de aquellos que, por diferentes razones, no querían consultar al hospital o a sus servicios de salud. La cantidad de consultas no eran muchas en comparación con las demandas de otra clase que las voluntarias recibían constantemente. En general yo no pensaba en estrés postraumático en el momento de hacer los diagnósticos. Los veía como depresiones, adicción a drogas, trastornos del control de los impulsos y descompensaciones en personalidades con rasgos psicopáticos. En ese tiempo para mí el diagnóstico de PTSD pasaba por personas con *flashbacks*, hiperalerta, hiperreactivos, del tipo de lo que estábamos acostumbrados a ver en los films norteamericanos referidos a Vietnam. Es decir un cuadro llamativamente elocuente, muy lejos de las quejas tristonas y redundantes y de las demandas concretas y materiales que recibíamos diariamente.

En 1996 conocí a un americano, veterano de Korea y a un canadiense, veterano de Vietnam. Ambos venían de trabajar en un Veterans Center en el estado de Washington (USA) y estaban en Buenos Aires por razones particulares. Cuando empezaron a referirse a los trastornos por estrés postraumático como etiología de muchas de las dificultades sociales y familiares de los veteranos de guerra, mi primer pensamiento fue que ellos no tenían idea de lo que "nuestros" veteranos podían sentir. Cuando un rato después se refirieron al DSM IV empecé a sentir que estábamos hablando un lenguaje parecido y cuando juntos empezamos a revisar la sintomatología y a asociarla con muchas de las modalidades clínicas de las demandas pensé que podían tener cierta razón.

Se organizó una reunión en la Casa del Veterano con estos norteamericanos.

Había un grupo grande de excombatientes que habían estado en Malvinas catorce años antes. Estaban allí planteando algo referido a pensiones, iban a pasar un rato con sus compañeros de armas y a conocer a estos extraños, que compartían con ellos la experiencia de la guerra, pero hacia los cuales sentían bastantes prejuicios. Cuando la reunión comenzó los americanos empezaron a hablar de los problemas que se combinan acumulativamente y se agravan por las numerosas paradojas que la condición de estrés posttraumático implica. Hablaron, por ejemplo, de la necesidad de aislarse y alienarse de la sociedad, de la vuelta al hogar, de la superposición de afectos como enojo, condena y culpa. De los resentimientos que confunden y generan dificultades en las relaciones interpersonales. Hablaron de los sentimientos de vergüenza y rechazo que sintieron desde la sociedad. Mencionaron frases como: "Siento que morí allá", "Tengo el tiempo prestado", "Soy insignificante", "No soy capaz de reír, no me divierto". "Solamente los buenos muchachos nunca volvieron". Estas simples palabras fueron cambiando la actitud en principio arrogante (del tipo ¡que me van a contar estos!), con que muchos de los veteranos los escuchaban. Como si, poco a poco, el significado de las frases les fuera siendo familiar. En esa primera reunión y pese a la barrera del idioma, tanto los norteamericanos como los argentinos, sintieron que había algo en común entre ellos. Después de esto miré con más atención el DSM IV en la parte de Trastornos de Ansiedad en la cual se encuentran los trastornos como el estrés agudo y el PTSD.

Resumiendo el concepto en el DSM IV: PTSD es un trastorno de ansiedad provocado por la exposición del paciente a situaciones severamente traumáticas que presenta tres grupos de síntomas:

*Reexperimentación*, con pesadillas, flashbacks, pensamientos intrusivos, etc.

*Hiperarousal*, con hiperreactividad e hiperalerta, actitudes paranoides, descontrol de los impulsos, trastornos del sueño.

*Evitación*, con actitudes particulares que llevan al sujeto a alejarse de todo lo que pueda hacerlos repetir vivencias relacionadas con el trauma. En la búsqueda de este alejamiento muchas veces las personas se aíslan, evitan comprometerse en vínculos estrechos, a veces escapan de los gatillos sensoriales con mecanismos como el alcohol y las drogas. Sus vínculos afectivos son muy peculiares, teñidos de un gran adormecimiento emocional.

Nuestros veteranos presentaban reiterados fracasos sociales y familiares, imposibilidad de logros y éxitos en la vida, conductas agresivas, aislamiento y dificultades de integración. Ningún doctor les merecía suficiente confianza como para preguntarle por estas cosas. Más bien, estos rasgos eran vividos como exacerbación de las modalidades personales, como producto de su educación e idiosincrasia. Sin embargo muchos de estos síntomas se pueden analizar desde la óptica de una falla neurobiológica, con la correspondiente cascada de cambios bioconductuales, producto del trauma (VAN DER KOLK) o bien como la respuesta de un aparato psíquico que ha perdido su capacidad de poner nombre a la vivencia traumática, por ser ésta tan intensa que carece de representación (M.BENYAKAR).

Después de esta primera reunión donde los veteranos de Korea y Vietnam se acercaron a los veteranos de Malvinas, el clima creado fue tan especial que éstos últimos, les pidieron que volvieran para hablar de esas cosas de las cuales nunca habían hablado antes.

Esto originó una serie de reuniones donde los veteranos me pidieron que les explicara que significaban esos síntomas de PTSD. Fueron reuniones psicoeducativas en las cuales ellos, por primera vez en 14 años, (la guerra había sido en 1982) asociaban sus experiencias de la guerra con las dificultades actuales. Antes se habían juntado muchas veces a hablar de sus hazañas o sus desgracias, pero siempre como anécdotas, como historias. Esta vez, disparado por la sencillez con que los veteranos de Korea y Vietnam pusieron en palabras los sentimientos, nuestros veteranos empezaron a hablar de decepción, vergüenza, resentimiento.

Nos dábamos cuenta de que, reunión tras reunión, se modificaban cosas en la actitud y en la vida de sus integrantes.

Decidí entonces plantear un estudio piloto, que justificara lo que intuitivamente iba viendo como un camino.

#### *OBJETIVO DELESTUDIO*

Demostrar que las actuales dificultades sociales, laborales y familiares de nuestros veteranos, podrían estar relacionadas con el trauma de la guerra y esconder bajo su sintomatología proteiforme un estrés postraumático u otra patología de ese grupo. De ser cierta esta hipótesis, al trabajar en grupo de pares con el evento traumático, apuntando a la verbalización de contenidos inconscientes cargados de afectos, se debería producir una mejoría en la calidad de vida de los sujetos.

#### *METODO*

Decidimos hacer un estudio comparativo de 6 meses de duración. Durante este tiempo los veteranos recibirían una terapia grupal, centrada en los incidentes críticos, tendiente a verbalizar los contenidos referidos al trauma. No recibirían durante ese período ningún otro tratamiento.

La muestra estuvo constituida por 22 veteranos de guerra que aceptaron participar en este estudio piloto. Eran todos varones. Sus edades oscilaban entre los 32 y 34 años, salvo uno que tenía 55. (Médico, había participado como oficial en la contienda a los 41).

Decidimos evaluar tres variables:

1. La actividad global antes y después del tratamiento.
2. La comorbilidad antes y después del tratamiento.
3. El nivel de adhesión al tratamiento.

Buscamos un instrumento que nos permitiera de algún modo objetivar la primera. Nos decidimos por la Escala de Actividad Global, Eje V del DSM IV que nos da una idea general de capacidad de interactuar del sujeto. Con el fin de evitar el sesgo que implica la subjetividad, dos evaluadores estimaban, por separado, el nivel de cada paciente y se adjudicaba el promedio de los dos números obtenidos. La comorbilidad fue evaluada según el DSMIV

#### *RESULTADOS*

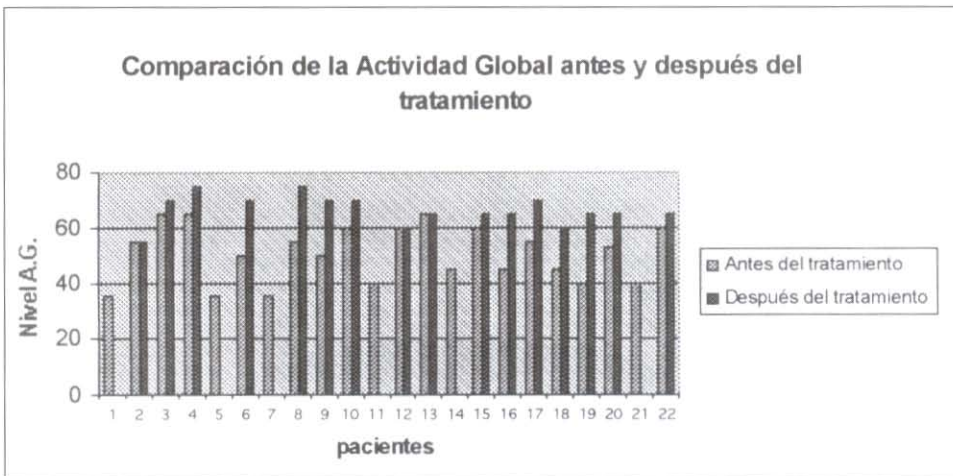
##### *1. Actividad Global*

En el Gráfico 1, observamos la evolución de la actividad de cada uno de los pacientes de la muestra. Las columnas azules indican la actividad global del sujeto antes del tratamiento y las rojas después.

Las columnas azules solas, indican que el sujeto abandonó el tratamiento. Podemos observar que esto sucedió en aquellos sujetos que puntuaban por debajo de 45.

Los resultados en general indican una buena respuesta. Ninguno de los sujetos que realizó el tratamiento de 6 meses, disminuyó su nivel de actividad global, unos

GRAFICO 1



pocos se mantuvieron en el mismo y la mayoría subió. La media antes del tratamiento indica 50.59 mientras que al terminar alcanzaron una media de 66.56. Esto implica que desde una puntuación que indica: "síntomas moderados como afectividad aplanada, crisis de angustia ocasionales y dificultades moderadas en la actividad social laboral o escolar", pasaron a un puntaje que indica: "síntomas leves como esporádico humor depresivo o insomnio ligero, con pocas dificultades en la actividad social o laboral, en general buen funcionamiento incluyendo la presencia de relaciones interpersonales significativas".

## 2. Comorbilidad

Pese a que en el grupo no había demanda de atención en Salud Mental, estudiamos a todos los sujetos con una adecuada anamnesis, encontrando alteraciones en eje I y II que muchas veces ocultaban los síntomas de PTSD. Los volvimos a evaluar 6 meses después y encontramos algunos cambios.

En el Gráfico 2, observamos que al iniciar el tratamiento más del 70% de la muestra presentaban trastornos relacionados con el descontrol de los impulsos, trastornos de ansiedad (incluido PTSD) o trastornos del estado de ánimo. En menor cantidad había trastornos de adicción a drogas o alcohol. Los trastornos de adaptación y los trastornos facticios también estaban presentes, aunque en menor medida. Sólo un 5% se podría considerar libre de trastornos en Eje I. La misma anamnesis realizada 6 meses mas tarde nos dio un panorama totalmente distinto según observamos en el Gráfico 3. Después del tratamiento un 54% de la muestra no presentaba trastornos en Eje I. Los trastornos que más habían disminuido eran los trastornos de ansiedad y los del estado de ánimo, también habían descendido mucho, aunque en menor medida los trastornos relacionados con el descontrol de los impulsos y los relacionados con sustancias. Los que se mantuvieron fueron los trastornos facticios y los de adaptación.

En el Gráfico 4, podemos observar con mas claridad esta evolución.

GRAFICO 2  
TRASTORNOS EN EJE I

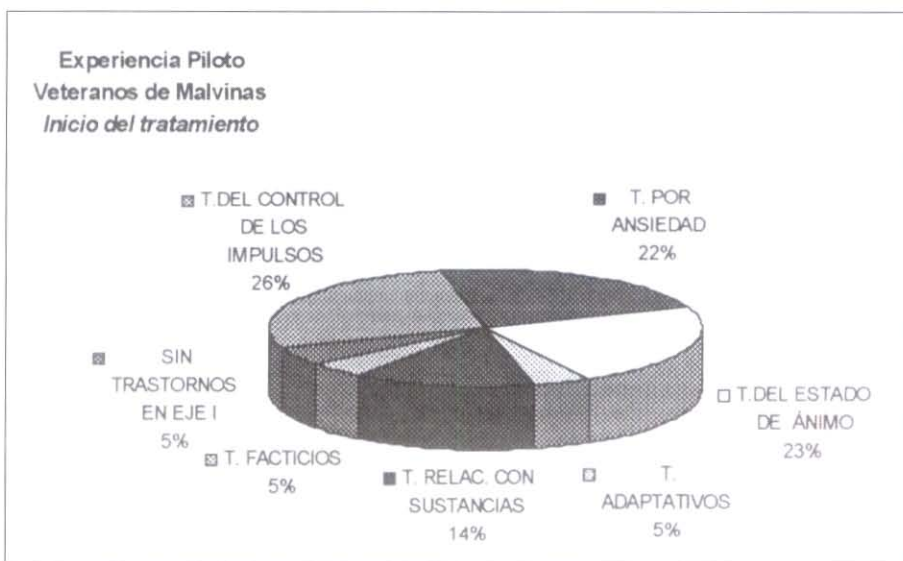
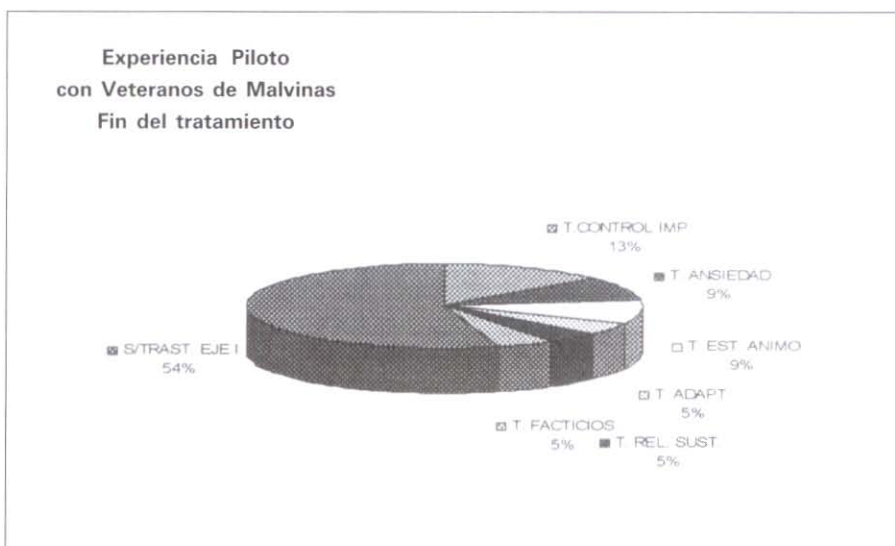


GRAFICO 3



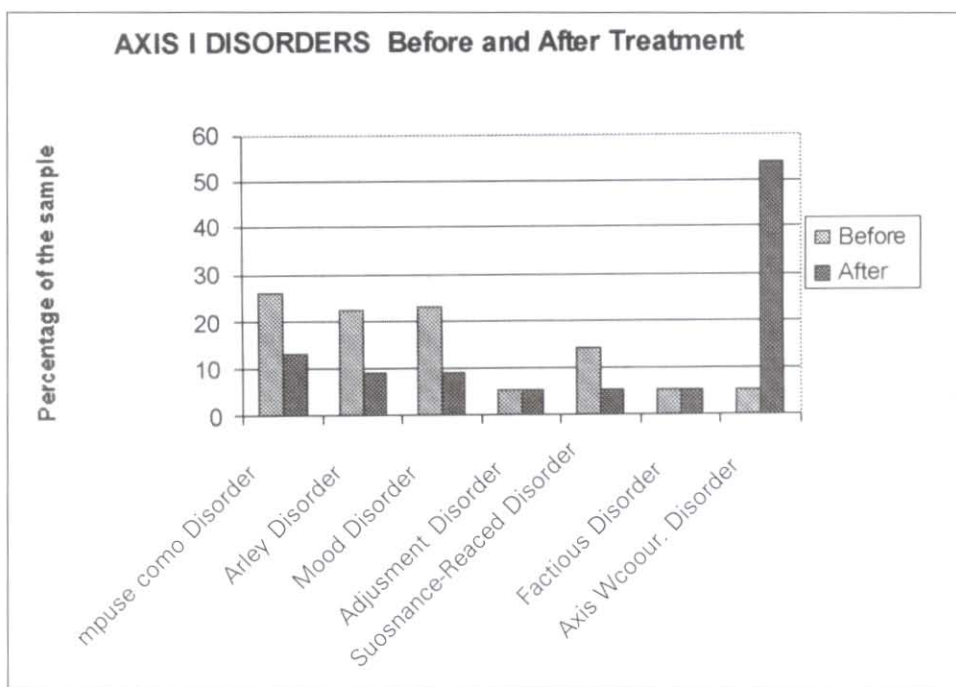
### 3. Adhesión al tratamiento

La evaluamos comparando el índice de deserción o abandono del tratamiento en nuestro grupo, con este mismo índice en el consultorio externo de un hospital especializado en psicopatología y con el alcanzado por los veteranos en otros ámbitos de consulta. Llamamos deserción al abandono

del tratamiento antes de la cuarta entrevista, es decir durante el primer mes de tratamiento.

Con gran sorpresa observamos una enorme diferencia en la cantidad de deserciones que presentaban los pacientes de nuestro programa, comparándolos tanto con los consultorios externos del mas importante Hospital Neuro-

GRAFICO 4

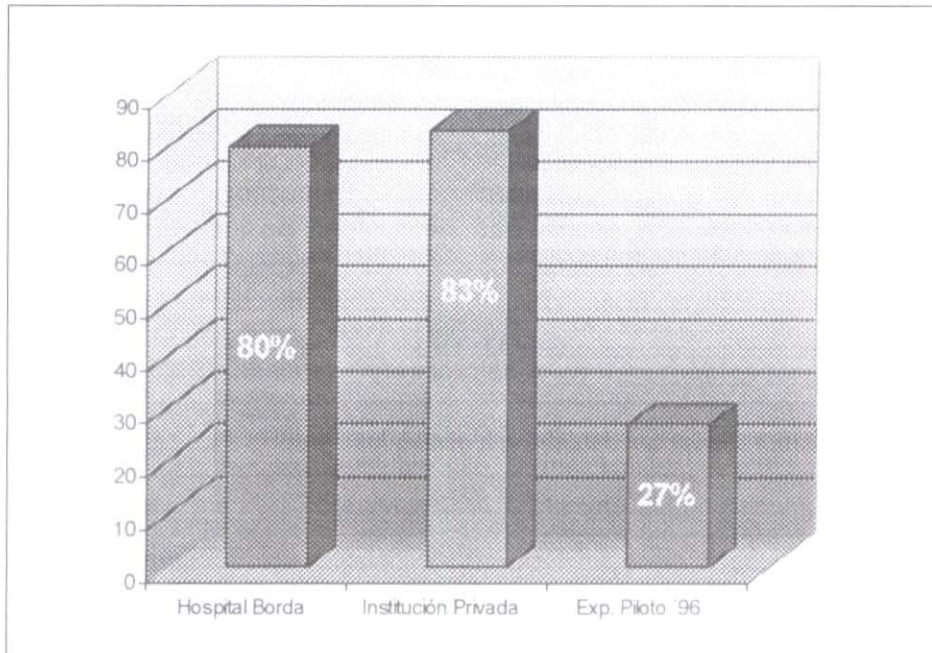


psiquiátrico de nuestra ciudad, como con los personalizados consultorios de Voluntarios para la Patria, donde los profesionales los atendían con la modalidad de pacientes privados. Esperábamos que hubiera una cierta diferencia en el nivel de adhesión, pero lo que encontramos fue llamativamente alto.

### CONCLUSIONES

Comparando al mismo grupo antes y después del tratamiento, encontramos que el nivel de actividad global había mejorado mucho. La comorbilidad se encontraba muy disminuida a expensas especialmente de los trastornos de ansiedad, control de





#### Abandono del tratamiento antes de la cuarta entrevista

Institución	Nivel de deserción
Consultorios Externos del Hospital Borda	80%
Consulta con los especialistas de Voluntarias para la Patria	83%
Programa de Estrés Postraumático	27%

los impulsos y depresiones. El nivel de adhesión al tratamiento, fue notablemente mayor en nuestro grupo que en los que fueron asistidos en el consultorio externo de un gran hospital municipal, así como los que consultaron en una institución privada.

#### DISCUSION

Nuestro objetivo fue crear un ámbito donde el reconstruir la confianza en los

demás y en sí mismo fuera esencial. Primero se planteó el conocimiento de todos entre sí y poco a poco se pusieron de manifiesto situaciones donde se demostró la confiabilidad del grupo y su capacidad de mantener en secreto todo lo que allí se hablaba. En ese marco, se trató de poner en palabras, el conjunto de afectos relacionados con angustia de vacío y desintegración generados por situaciones traumáticas, en las cuales el mundo exterior irrumpió



violando el mundo interno con tal intensidad que ese efecto no tenía representación verbal. Los resultados se vieron como una mayor riqueza en las relaciones interpersonales, apertura a nuevos ámbitos sociales, la posibilidad de nuevos proyectos vitales y una disminución en las actitudes autorreferenciales. Todo ello se ve reflejado en la cifra de la Evaluación de la Actividad Global, en el gran compromiso con el tratamiento y en una nueva actitud de confianza hacia los profesionales.

**Agradecimiento.** Este trabajo nunca podría haberse realizado sin el esfuerzo generoso y valiente de las siguientes personas:

Bruce Webster y Garry Craig, veteranos de Korea y Vietnam, que me enseñaron acerca de la universalidad de conceptos como PTSD, mas allá de fronteras, idiomas o idiosincrasias.

Julio Miranda y Carlos Viegas, veteranos de Malvinas, que con su energía y esfuerzo generaron una nueva actitud entre los veteranos. Andrea Forti, psicóloga clínica, con la que compartimos tantas horas coordinando los grupos, además experta traductora, que permitió la comunicación entre todos.

Irene Samzol, médica clínica con quien trabajamos el concepto de PTSD como un todo biopsicológico, con las implicancias médicas que la patología conlleva.

Alejandra Araujo y Marina Carnevale, psicólogas, expertas en violencia familiar, con ellas trabajamos el concepto de la penetración del trauma, mas allá de la víctima, en sus familias.

Marcela López, psicóloga, que mucho me ha enseñado del delicado equilibrio que debe encontrar el terapeuta de trauma, entre la demanda siempre creciente de los pacientes y su propia vida.

## BIBLIOGRAFIA

1. BENYAKAT, M. (1994): "Trauma: del damnificado a la víctima, de la tragedia al mito". *XI Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo*. Bs. As. Argentina.- 2. CASTIGLIA V. (1995): *Principios de la investigación Biomédica*. Gráfica del Sur Buenos Aires.- 3. CHARLTON P.F.C. & THOMPSON J.A (1996): "Ways of coping with psychological distress after trauma". *British Journal of Clinical Psychology*.- 4. CHARNEY, S. *et al* (1998): "A consensus meeting on effective research practice in PTSD". *CNS Spectrums* Vol.3, Nº7, Supplement 2, pp. 7-10 (July/August).- 5. COLLEEN McCARTY-GOULD (1998): *Crisis and Chaos*. Paperback.- 6. DAVIDSON J.R.T. (1995): "Post-traumatic stress disorder: an update". *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health* 1:83-91.- 7. DIAGNOSTIC CRITERIA FROM DSM IV. American Psychiatric Association. Washington 1994.- 8. EVERLY, G.S. & LATING, J.M. (1995): *Psychotraumatology*. Plenum Press. New York.- 9. FEDERAL BENEFITS FOR VETERANS AND DEPENDENTS OFFICE OF PUBLICS AFFAIRS, Washington, 1996.- 10. FAUSTMAN, W.O. (1989): "Diagnostic and psychopharmacologic treatment of 536 inpatients with PTSD". *New Ment. Div.* 117 (3): 154-159.- 11. GUNDERSON, J.G. & SABO, A.N. (1993): "The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD". *Am. J. Psychiatry* 150:19.- 12. GABBARD, G.O. (1994): "Psychiatry in Clinical Practice". *The DSM, IV Edic.* American Psychiatric Press Washington.- 13. KAPLAN, H. & SADOCK, B. (1996): *Trastorno por estrés posttraumático. Sinopsis de Psiquiatría*. Edit. Médica Panamericana Bs. As.- 14. LEBIGOT, F. (1997) "Soins Psychologiques aux victimes d'attentat. Paroles de victimes" *Revue de l'association S.O.S. Attentat* Nº 3, Sept. Oct.- 15. LEBIGOT, F. *et al* (1997): "Le 'debriefing' psychologique collectif". *Ann Méd Psychol.* 155. 6:370-378.- 16. LINKS, P.S., HESLEGRAVE, R. & VAN REEKUM, R. (1999): "Impulsivity: core aspect of BPD.". *Journal Personality Disorders*, 13 (1), 1-9.- 17. LYOO IN KYOON, GUNDERSON, J.G. & PHILLIPS, K.A. (1998): "Personality dimensions associated with depressive personalith disorder" *Journal of Personality Disorders*, 12(1), 46-55.- 18. MEIJER, M. & GOEDHART, A.G. (1998): "The

- persistence of BPD in adolescence". *Journal of Personality Disorder*. 12 (1). 13-22.- 19. MEYER, P. (1992): *Probabilidades y aplicaciones estadísticas*. Addison-Wesley Iberoamericana Delaware USA.- 20. PAIGE, S.R. *et al.* (1990): "Psychophysiological correlates of posttraumatic stress disorders in Vietnam veterans". *Biol. Psychiatry* 27: 419.- 21. PELCOVITZ, L. B. (1997): "Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress. (SIDES). Source". *Journal of Traumatic Stress*. Vol 10, Nº1 pp.3-16.- 22. SHALEV, A. (1994): "Debriefing following traumatic exposure". In Ursano, R. *et al.* *The Structure of Human Chaos*. Cambridge University Press.- 23. RAUCH, S. L. (1996): "A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script driven imagery". *Archives of General Psychiatry*, Vol.53, Nº5, pp. 380-387.- 24. ROTH, S. (1997): "Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder". *Journal of Traumatic Stress* Vol. 10, Nº 4, pp. 539-555.- 25. RUIZ LÓPEZ, A. (1998): "Estrés postraumático 15 años después de Malvinas". *Vertex Rev. Arg. Psiquiatría*, Vol IX, Nº 31, 30-41.- 26. VAN DER KOLK, B.A. & McFARLANE, A.C. (1995): *Traumatic Stress: Human Adaptation to Overwhelming Experience*. Guilford Press; New York.- 27. VAN DER KOLK, BESSEL, A. (1997): "The psychobiology of posttraumatic stress disorder". *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 58. Supplement 9, pp. 16-24.- 28. VAN DER KOLK, BESSEL, A. (1997): "The psychobiology of traumatic memory: clinical implications of neuroimaging studies". *Annals of the New York Academy of Sciences*. Vol. 821, 99-113.- 29. VAN DER KOLK, BESSEL A; McFARLANE, ALEXANDER COWELL; WEISAETH, LARS (ed) (1996): *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*, pp. 47-74. New York: Guilford Press.- 30. VAN DER KOLK, BESSEL A. (1996): "Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma". *American Journal of Psychiatry*. Vol. 153 Nº7 Festschrift Supplement, pp. 83-93.- 31. WALKER, ALICE & WEBSTER, BRUCE (1989): *Reconnecting: Stress Recovery in the Wilderness*. Brunner/Mazel, Inc. New York.- 32. WILSON, J.P. (1989): *Trauma, transformation and healing*. Brunner Mazel. New York.- 33. WILSON J.P. *et al* (1999): *Countertransference in the Treatment of PTSD*. Hardcover.- 34. WILSON, J. & FRIEDMAN, M.: *Theoretical and Clinical Foundations for the Core Treatments of PTSD*. A Holistic, Organismic Approach (in presse).