

# UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

## FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

### "SINDROME DE ESTRES POS-TRAUMA, EN EXCOMBATIENTES AMPUTADOS"

(Estudio descriptivo de treinta pacientes del Pelotón de Veteranos de Combate del Servicio de Sanidad Militar, durante los meses de Julio- Octubre de 1,996)

**Sergio Fernando Nitsch Montiel**

**MEDICO Y CIRUJANO**

Guatemala, Octubre de 1,996.

# INDICE

|      |  | Page |
|------|--|------|
| I    | INTRODUCCION .....                       | 1    |
| II   | DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA ..... | 1    |
| III  | JUSTIFICACION.....                       | 1    |
| IV   | OBJETIVOS .....                          | 1    |
| V    | MARCO TEORICO .....                      | 1    |
| VI   | MATERIALES Y MÉTODOS .....               | 1    |
| VII  | PRESENTACION DE RESULTADOS. ....         | 1    |
| VIII | ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....  | 1    |
| IX   | CONCLUSIONES .....                       | 1    |
| X    | RECOMENDACIONES .....                    | 1    |
| XI   | RESUMEN.....                             | 1    |
| XII  | REFERENCIAS.....                         | 1    |
| XIII | ANEXOS.....                              | 1    |

# I INTRODUCCIÓN

El Síndrome del Estrés Post-trauma, según las Asociaciones Mundial y Americana de Psiquiatría es el conjunto de secuelas psicobiosociales de aquellos que han sufrido tanto de manera emocional, como lesiones físicas desde leves hasta graves, tanto como participantes en conflictos armados, secuestros, violaciones, como prisioneros de guerra, como testigos de hechos sumamente violentos, etcétera ( 1, 2).

Guatemala, nación centroamericana, ha sufrido un conflicto armado durante los últimos treinta y seis años; los protagonistas armados han incluido al Ejército de Guatemala y varios grupos guerrilleros, recientemente reunidos en la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca, de ideología marxista-leninista y hace pocos años declarados pro-derecho humanitaristas y pro-demócratas; también participaron grupos paramilitares de extremas izquierda y derecha, y la población civil del país que al inicio del conflicto tenía dos y medio millones de habitantes, y hoy en día probablemente diez millones. Tratándose de una nación que en las primeras tres décadas del conflicto tuvo servicio militar obligatorio, incluso con reclutamiento forzoso de los dos principales grupos en pugna, es indispensable conocer el efecto de esta guerra en los elementos excombatientes del Ejército y de la guerrilla. Representativos de múltiples sectores de esta nación ( 22, 23).

Los veteranos de la guerrilla están en el anonimato, por lo que no es posible meterlos a estudio, mientras que los elementos del Ejército que sufrieron mutilaciones, tienen la opción de integrarse al llamado Pelotón de Veteranos de Combate -PEVECOM- que funciona en el Servicio de Sanidad Militar del Ejército de Guatemala; allí, son adiestrados en varios oficios, recibiendo apoyo de trabajo social y eventualmente apoyo médico y psicológico.

En este Universo se ha tomado una muestra de los treinta elementos que actualmente están en adiestramiento en las filas del PEVECOM, víctimas de lesiones de guerra (mutilaciones, ceguera, etc.), con el objeto de cuantificar la incidencia del Síndrome del Estrés Post-trauma relacionado con el Combate, por medio de la Escala de Mississippi ( 1), su Tipo de Personalidad con el Test de Friedman y Rosenman ( 20).

Un 53% del total presentó el Síndrome, sin relación estadística con su tipo de personalidad, pero sí relacionado significativamente con un bajo nivel de grado militar y escolaridad.

## II DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Las guerras, a través de la historia siempre han dejado consecuencias económicas, políticas, científicas y sociales. Las tendencias utópicas de convivencia comunitaria, así como otros motivos han sido la causa de estos conflictos, sin embargo, el daño que sufren las personas es inevitable, el cual es cada vez mayor; con la implementación de armamento cada vez más destructivo y sofisticado donde los participantes directos (combatientes) y los participantes indirectos (población en general) de uno u otro bando sufren de una forma más deshumanizada.

Guatemala no es la excepción, en su historia, el conflicto armado interno y la cultura de violencia derivada de esta compleja situación, ha cobrado alrededor de 800,000 víctimas desde su inicio hace aproximadamente 36 años ( 17); aunque actualmente el conflicto aparentemente está llegando a su fin, encontramos secuelas palpables de muerte, destrucción, subdesarrollo, psicosis, violencia, discapacidad, etc. Personas a las cuales les fue afectada su vida, familia, sus costumbres, sus trabajos, sus relaciones, sus mismos cuerpos mutilados, (miles de heridos y de muertos en combate), debiendo adaptarse a esta nueva forma de vida. Sin embargo, los traumas psicopatológicos sufridos por estos pacientes, son tratados muy ligeramente, poco comprendidos aún por los profesionales de la salud, lo cual es una realidad innegable en la sociedad guatemalteca.

El síndrome de Estrés post-trauma, no es un trastorno raro, su incidencia y prevalencia a nivel mundial se reporta hasta en un 15% de la población en general, y hasta un 58% de la población en las que ha habido situaciones sumamente difíciles ( 1, 2). Todos en general, experimentan en algún momento de la vida, alguna sintomatología después de un trauma severo y más en sociedades conflictivas, agravado por la violencia social a nivel mundial.

Esta patología, se hace crónica en un número significativo de individuos, principalmente en personas involucradas directamente o indirectamente en conflictos armados de mediana y gran intensidad, como el sucedido en Guatemala por más de 30 años ( 23); muchas veces, asociado a mutilaciones de órganos y miembros como consecuencia del mismo, agravándose, por los trastornos de orden afectivo subsecuentes ( 1, 2, 8, 10); por ser afectados en la edad productiva, al final de la adolescencia, donde la imagen física y desarrollo de las cualidades y aptitudes es

muy importante a nivel individual y a nivel colectivo. El hecho de encontrarse de un día para otro, con la mutilación de una o ambas piernas, uno o ambos brazos, traumas neurológicos severos y/o inutilidad de algún otro órgano permanentemente, hace estragos en la personalidad del individuo, ( 10, 16). Hacerse a la idea de la discapacidad, aceptarse y sobreponerse a esa nueva situación, así como la misma acción por la que se encuentra en esa condición, es un proceso sumamente difícil de asimilar, ya que estos pacientes se encuentran en la etapa productiva de su vida (15-50 años), la mayoría casi saliendo de la adolescencia, en la que muchos factores hacen que el individuo se acepte así mismo y sea aceptado a nivel de grupo.

Actualmente, existen programas de rehabilitación física y psicológica en las Fuerzas armadas Guatemaltecas. Aunque técnica y científicamente débiles, no así en lo económico. El componente psiquiátrico, el aspecto psicoafectivo, no se ha conocido y no se ha tratado el estado de estrés post-trauma que se presenta en estos pacientes. Dentro de los instrumentos de medición de esta patología, se encuentran la Escala de Mississippi para combatientes ( 1), el test de clasificación de personalidad en tipos "A" ó "B" de Friedman y Rosenman ( 20), el Test de Estrés por exposición a zonas de combate, el Cuestionario de Experiencias Disociativas Peritraumáticas, el Test de Desórdenes de Estrés Post-Traumático, el Test de Harvard, etc. Para este grupo de personas se tiene como objetivo final, poderlos reinsertar en la Sociedad, con la superación, en la medida de lo posible de sus traumas tanto físicos y psicológicos, lo que motivó realizar el estudio para conocer con los dos primeros test citados, la situación emocional de los miembros del Pelotón de Veteranos de Combate del Servicio de Sanidad Militar del Ejército de Guatemala, que es donde se capacitan actualmente treinta de los elementos que sufrieron amputaciones durante la guerra.

Es importante contar desde ya con el apoyo de todos los sectores para afrontar esta problemática que tarde o temprano saldrá a luz ( 3, 4, 8, 17).

### III JUSTIFICACION

Guatemala, está llegando al fin de un conflicto armado interno que ha devastado a la sociedad, la economía, la educación, la cultura y la salud. Con la implementación y elaboración de planes y proyectos integrales, se podrán subsanar muchas de las causas y motivos que iniciaron la lucha armada, sin embargo, los mutilados de guerra, son una herencia real de éste período histórico, que necesita atención integral y ayuda idónea para reinsertarlos en la sociedad y proveerles un lugar y/o espacio en ella ( 2, 3, 4, 13, 15, 17).

Teniendo en cuenta que el concepto de salud según la O.M.S., es el equilibrio o buen estado entre los aspectos biológico, social y psicológico; el interés principal de este trabajo, es, aportar elementos científicos que permitan fortalecer el conocimiento psíquico de la post-guerra, y contribuir con elementos de juicio sustentados en la investigación, para conformar un equipo multidisciplinario, en el manejo de estos pacientes, lo cual es una tarea sumamente difícil ( 15).

## IV OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Cuantificar la incidencia de Estrés Post-Trauma en ex-combatientes amputados del Pelotón de Veteranos de Combate, como consecuencia del conflicto armado interno Guatemalteco.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Establecer la edad, sexo, grado militar y escolaridad de los pacientes amputados, y su relación con tipo de personalidad y test de Estrés Post-trauma.
- 2.- Establecer el área geográfica, tiempo de estar laborando (patrullando) en el área del accidente, de entrenamiento militar, el arma o servicio al que pertenecía durante el momento de sufrir la amputación y Estrés Post-trauma.
- 3.- Establecer el estado civil, grupo religioso al que pertenecen, uso de drogas ansiolíticas o antidepresivas y Estres Post-trauma.

## V MARCO TEÓRICO

El sistema mundial y su historia, presenta situaciones sumamente difíciles complejas, entre las que se pueden mencionar la I Guerra Mundial, que dejó como saldo más de nueve millones de muertes, gastos de aproximadamente trescientos millardos de dólares; la II Guerra Mundial, diez y ocho millones de muertos, y más de un millardo de dólares en gastos, así como heridos por millones, los cuales han sido difícil de tratar y sanar. La Guerra de Vietnam, con más de ciento cincuenta millones de muertos y cientos de miles de heridos, así como millardos de dólares gastados. Más recientemente, la Guerra del Golfo Pérsico, con cientos de heridos, así como millardo de dólares gastados, daño ecológico irreparable, y así sucesivamente, hasta llegar al conflicto armado interno guatemalteco, el cual deberá ser tratado oportunamente con sus consecuencias médico- patológicas ( 7, 12, 14, 22, 23).

El aspecto afectivo, es uno de los más complejos en el ser humano y los más mayormente afectados pero menos comprendido. Uno de estos estados mórbidos y altamente implicados, es el Síndrome de Estrés Post-Trauma, en el cual el paciente experimenta un estresor traumático externo amenazante, que causaría por sí mismo un malestar generalizado en todo el mundo, el cual puede ser de acción directa (el paciente ser la víctima) o indirecta (ser testigo de muerte o lesión o abuso de otra persona) ( 1, 2, 3, 12, 17). Teniendo como base de que las condicionantes para que se produzca este trastorno, son situaciones de máximo estrés, como catástrofes naturales o producidas por el hombre ; combates fuertes o de mediana intensidad, ser víctima de tortura, terrorismo o de algún otro crimen, es de sumo interés establecer la incidencia y prevalencia así como su tratamiento de esta patología en los combatientes que han sufrido amputaciones por causa del conflicto armado interno guatemalteco, el cual lleva ya aproximadamente 36 años de lucha, y que conjuntamente, se están sentando las bases para su finalización ( 1, 8, 15).

### EPIDEMIOLOGÍA:

La literatura mundial, reporta que hasta el 15% de la población en general puede padecer de éste tipo de trastornos en su vida, y hasta un 58% de la población que esta bajo riesgo lo presenta ( 2, 9), además refiere la literatura que dicha tendencia va en aumento, por lo conflictivo de las sociedades, la violencia

generalizada a nivel mundial y agregado a esto, todas las presiones de otros motivos que originan estos problemas. En la aparición de la sintomatología, se puede presentar de forma aguda, crónica, o de apareamiento tardío.

En la forma aguda: Sí los síntomas duran menos de tres meses post-trauma.

En la forma crónica: Sí los síntomas duran más de tres meses post-trauma.

En su forma de apareamiento tardío: Sí los síntomas se presentan por lo menos seis meses post-trauma (2).

## ETIOLOGÍA:

Cuando se sospecha del Síndrome de Estrés Post-Trauma, el médico deberá explorar el trastorno desde tres perspectivas: antes, durante y después del trauma.

Desde el punto de vista pretrauma, se deberán tener en cuenta rasgos importantes como: características de la personalidad dependiente, o límite y comportamiento sociopático que pueden afectar la capacidad del individuo para hacerle frente al estrés traumático, historia de niñez caótica y psicopatología familiar pueden implicar riesgos. Los factores peritraumáticos pueden determinar en gran medida la evolución del mismo, como agudo, crónico, o de establecimiento tardío. El trauma causado por el hombre, se asocia frecuentemente con sentimientos más intensos de desconfianza, amargura, venganza y litigio. La respuesta al trauma, guarda relación con factores post traumáticos, como la disponibilidad de sistemas de soporte, y de personas en las que se confíe, razón por la cual, es tan devastadora la pérdida de la familia o comunidad. La ayuda temprana es importante e influye en la evolución (2, 4, 10, 13).

Básicamente el origen de esta patología se debe al sometimiento de una persona a estresores o emociones demasiado fuertes durante cierto tiempo, que pueden afectar severamente la vida del individuo.

Un estudio reciente de Yehuda y asociados demostró que el efecto y severidad de los síntomas del Síndrome del Estrés Post-Trauma relacionado con el Combate, medido por medio de la escala de Mississippi, se asocia más frecuentemente con la muerte humana en condiciones de brutalidad y con el sufrimiento, más que con el riesgo de muerte asociado con el combate (21). Frueh y colaboradores resalta en un estudio realizado en este año los veteranos afroamericanos tuvieron mayores índices en varias pruebas de Estrés Post-Trauma

asociado al combate, en relación con los veteranos de raza blanca. Así mismo dice que los síntomas incluyeron marcadamente depresión y trastornos del pensamiento, y señala la conveniencia de ampliar estudios respecto a este tema (6). Un estudio prospectivo de predictores del Síndrome que nos ocupa, realizado también en este año, en cincuenta y un individuos, en la semana número uno y a los seis meses de un evento traumático, mostraron que las personas mayores con defectos de la conducta adaptativa tuvieron evidencias predictivas al realizárseles las pruebas en los momentos indicados (18).

## RESUMEN DEL CRITERIO DIAGNOSTICO PARA SÍNDROME DE ESTRÉS POST-TRAUMA, DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA.

La característica principal del Síndrome de Estrés Post-trauma, es el desarrollo de síntomas claves, que siguen a la exposición de un trauma físico o psicológico severo, enfrentamiento con la muerte, heridas o daño a la integridad física del paciente o ser testigo de daño a otra persona, muertes violentas a otras personas o seres queridos (Criterio A); esta respuesta debe incluir miedo intenso, falta de ayuda, horror (Criterio A-1); los síntomas característicos resultantes de exposición a traumas extremos incluyen, reexperimentar el trauma persistentemente (Criterio B).

El problema causa distrés significativo y afecta el área social, ocupacional o en algunas otras áreas importantes de funcionamiento (1, 4, 8, 9).

Los eventos traumáticos experimentados directamente, incluyen: combates militares, asaltos violentos, secuestros, rehenes, ataques terroristas, torturas, encarcelamientos como prisioneros de guerra, o de campos de concentración, desastres naturales, accidentes automovilísticos severos, enfermedades mortales para niños, eventos sexuales traumáticos como violación, ser testigos de actos sumamente violentos. Algo importante de señalar, es que, este síndrome, puede ser muy severo o de muy larga duración, cuando el daño o estresor es hecho por el

hombre ( 4, 12, 17). El evento Traumático, puede ser reexperimentado de varias formas, comúnmente la persona tiene recuerdos recurrentes del evento de forma intensa (Criterio B1), o pesadillas o sueños perturbadores, en los cuales el evento es nuevamente vivido (Criterio B2). En algunas ocasiones, el paciente experimenta estados disociativos, que duran desde pocos segundos hasta varias horas o aún días, durante los cuales, los componentes del evento, son vueltos a vivir y el paciente, se comporta como si estuviera experimentando el evento en ese momento (Criterio B3); cuando además ocurre distrés psicológico intenso (Criterio B4); o si ocurre reactividad psicológica (Criterio B5).

El evitar persistentemente estímulos asociados con el trauma y parálisis o entumecimiento de respuestas generales (Criterio C). A menudo ocurre, que cuando la persona o el paciente es expuesto a eventos predisponentes, que recuerda o simboliza un aspecto traumático del evento, los estímulos asociados con el trauma son persistentemente evitados, el paciente rehúsa a pensar, hablar, sentir, aspectos que hacen que recuerde lo sucedido (Criterio C); además evita situaciones o personas que le traen recuerdos de esto (Criterio C2). El recordar, también puede incluir amnesia para un evento muy importante (Criterio C3); disminución de la respuesta afectiva en el mundo externo, referido como confusión Psíquica, o anestesia emocional, puede quejarse de una disminución de interés en actividades previamente placenteras (Criterio C4); en algunas ocasiones, se puede presentar sentimientos de rechazo o sentimientos de extrañeza hacia otras personas (Criterio C5); o de tener una marcada reducción de habilidad a sentir emociones, principalmente asociadas con intimidad y sexualidad (Criterio C6); el individuo puede tener un sentido de un futuro muy corto no promisorio (no espera tener una carrera, no casarse, no tener hijos, o una vida problemática) (Criterio C7). ( 2, 13, 18).

Algunos de estos pacientes, tienen persistentes síntomas de ansiedad o un aumento de estos, que no estaban presentes al momento del trauma. Estos síntomas, pueden ser secundarios a pesadillas o dificultad para conciliar el sueño o de poder permanecer dormido por la misma razón, durante el cual el evento traumático es vuelto a vivir (Criterio D1); agregado a esto hipervigilancia (Criterio D4); o asociado a una respuesta exagerada de alarma (Criterio D5). Algunos pacientes pueden referir irritabilidad o ataques de ira (Criterio D2), así como dificultad para concentrarse o completar una actividad (Criterio D3); sí se presentan síntomas persistentes y en aumento se clasifica como (Criterio E).

## RESUMEN DEL CRITERIO DIAGNOSTICO PARA SÍNDROME DE ESTRÉS

### POST-TRAUMA (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD)

Se incluyen:

- A. 1. Persona que ha experimentado, sido testigo, o ha confrontado eventos que involucran muerte, daño serio, trato a la integridad física misma o de otros.
- 2. La respuesta de la persona, envuelve miedo intenso, desesperanza, horror.
- B- El evento traumático, es persistentemente reexperimentado de una o de varias de las siguientes formas:
  - 1.- Distrés recurrente e intrusivo, por recordar el evento incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones.
  - 2.- Sueños recurrentes del evento que causen distrés.
  - 3.- Hechos o sentimientos, como si el hecho estuviera sucediendo, incluyendo un sentimiento de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios retrospectivos disociativos, incluyendo, aquellos que ocurren en la vigilia o en intoxicados.
  - 4.- Distrés psicológico intenso, a una exposición interna o externa, son señales o símbolos, que recuerdan un aspecto del evento traumático.
  - 5.- Reactividad psicológica, a la exposición intensa o externa que simboliza o recuerda, un aspecto del evento traumático.
- C.- Evitar persistentemente el estímulo asociado con el trauma, así como con el entumecimiento o parálisis de respuestas generales. (No presentes antes del trauma), por 3 de los siguientes síntomas:
  - 1.- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al trauma.

- 2.- Esfuerzos para evitar actividades, lugares, o gente que recuerda el trauma.
- 3.- Incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma.
- 4.- Interés marcadamente disminuido o participación en actividades significativas.
- 5.- Sentimientos de rechazo a y de otros.
- 6.- Rango restringido de afecto, incapacidad de tener sentimientos de amor o cariño.
- 7.- Sentimientos de un futuro muy corto y no promisorio, ni objetivos claros.

D.- Persistencia e incremento de los siguientes síntomas: (por lo menos 2 ó más, no presentes antes del trauma).

- 1.- Dificultad de conciliar el sueño o de permanecer dormido.
- 2.- Irritabilidad o ataques de ira.
- 3.- Dificultad de concentrarse.
- 4.- Hipervigilancia
- 5.- Respuestas de alarma exagerada.

E.- Duración del desorden, síntomas de los criterios B, C y D por más de un mes.

F.- Las causas del desorden clínicamente significativos en el área social, ocupacional, o alguna otra importante área ( 2, 15).

Dentro de los desórdenes depresivos mayores, muy frecuentemente se asocia a somatización, situación común en el trastorno de Estrés post-Trauma. Entre los hallazgos de laboratorio asociados a esta patología, se encuentran: aumento de las funciones automáticas, ejemplo: latidos cardíacos, electromiografía, actividad glandular. Al examen físico, condiciones médicas generales: cefaleas, dolores, etc. Estos pacientes pueden tener cierto grado de rechazo a divulgar o contar sus experiencias, principalmente de tortura ( 9, 10, 12, 15).

### CURSO DE LA ENFERMEDAD:

Esta patología, puede ocurrir a cualquier edad, y usualmente los síntomas empiezan a los 3 (tres) meses, posteriormente al trauma aunque puede iniciarse varios meses o años post-trauma, lo que se asocia con criterios de estrés agudo. La severidad, duración y proximidad a un evento traumático, son los factores más importantes que afectan al desarrollo del desorden. ( 4, 10, 12, 15, 17).

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Desórdenes de estrés agudos.
- Desórdenes obsesivo-compulsivos
- Esquizofrenia
- Desórdenes Psicóticos
- Delirium
- Desórdenes asociados a sustancias
- Desórdenes asociados a condiciones médicas generales.

### TRATAMIENTO:

Para abordar este desorden afectivo, se puede hacer de dos formas:

- 1.- Medidas No farmacológicas (Psicoterapia).
- 2.- Medidas Farmacológicas.

### MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS:

Definitivamente que el apoyo psicoterapéutico, es de mucha importancia, la cual tiene como uno de sus principales objetivos, el conducir a esos pacientes a un punto, donde sus reacciones, están determinados por el medio actual, y no por el impacto emocional continuado del trauma previo. ( 2, 3, 4, 14, 16, 17).

Los casos agudos leves, del Síndrome de estrés post-trauma, responden bien a la psicoterapia de apoyo y a la escucha empática. ( 2, 10), y donde el médico no

debe sentirse incómodo, con los fuertes afectos exhibidos frecuentemente por los pacientes con esta patología, ya que estos individuos, son sumamente débiles, muchas veces cargados de ira, aunque en otras ocasiones, necesitados de ternura en virtud de su papel de víctima. Un estudio reciente demostró que haber sido blanco del intento ajeno para ser muerto o herido se relaciona más que cualquier otro factor, con los síntomas que son criterios diagnósticos para Síndrome de Estrés Post-trauma. Así mismo demostró que el haber matado y el no haber logrado evitar muertes y lesiones, se relaciona más que cualquier otra situación, con un distress psiquiátrico generalizado e intentos de suicidio ( 5).

La psicoterapia, puede ayudar al posible sentimiento de culpabilidad, por haber sobrevivido al trauma, o a consecuencia de acciones u omisiones. El paciente puede recuperar una sensación de control, sobre el medio ambiente, el resolver los sentimientos de desamparo o impotencia, y la sensación continuada de vulnerabilidad. Los detalles de los acontecimientos traumáticos, son con frecuencia desagradables y provocan resistencia, por parte del paciente y del terapeuta, por lo que deberá explorarse más profundamente. ( 2, 3, 4, 12, 13, 17).

Los grupos de soporte locales, ejemplo: asociaciones de mujeres maltratadas, grupos de veteranos de combate, excombatientes amputados, ex-prisioneros de guerra, pueden ser de mucha ayuda, solo si tienen una actitud positiva y esta dirigido por un profesional calificado. Una parte muy importante en el tratamiento, es la participación familiar y su apoyo, a quienes debe hacerse que participen en el tratamiento. ( 2, 12, 14, 16, 17).

En un estudio del año pasado, McNally y colaboradores indican que una escala completa de cociente intelectual predijo significativamente las variaciones de los síntomas en el síndrome que nos ocupa, más que la extensión de la exposición al combate (11).

El uso de técnicas de relación y biofeed-back para ayudar a la recuperación del paciente, las incapacidades físicas del mismo, pueden requerir mucha más atención, esfuerzo y tiempo. Puede ser de mucho valor y ayudar a la autoestima, si el paciente es capaz de conseguir un empleo y mantenerlo; los empleos de rehabilitación vocacional pueden ser útiles y la familia puede ayudar a la independencia del paciente y facilitar las relaciones e interacciones sociales ( 2, 11, 14, 16, 17).

#### MEDIDAS FARMACOLÓGICAS:

En algunas ocasiones, cuando el paciente está muy agitado, o estresado, tiene lugar la farmacoterapia en el tratamiento del síndrome, en etapa aguda y en determinado momento en el crónico. Dentro de sus objetivos principales está: Inducción a la remisión de los síntomas, distancian al paciente del impacto emocional y a influencia disrupta del trauma, mejorar la moral y favorecer la estabilidad autonómica, lo cual será de suma importancia para el paciente ( 2, 8, 10, 14).

Algunos de los medicamentos, han resultado de mucha efectividad como por ejemplo, los inhibidores de la Monoamino-oxidasa (MAO), benzodicepinas y los antidepresivos tricíclicos, los cuales se ha utilizado para el tratamiento del Síndrome de Estrés Post-Trauma, tanto agudo como crónico. Además otros como el litio, la carbamecepinas, los agentes neurolépticos y los betabloqueadores se han utilizado en casos especiales de tipo crónico. El tratamiento se inicia regularmente con un antidepresivo tricíclico como una primera línea, y variando su dosificación de acuerdo a la mejoría y/o efectos secundarios emergentes. Se recomienda el tratamiento por ocho semanas. Su beneficio se evalúa por elevación del humor, mejoría del sueño, control de la capacidad afectiva, disminución de las pesadillas y aumento de las actividades sociales. ( 1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 15).

Si no trae algún mayor beneficio el medicamento de primera línea, se puede utilizar como alternativa, un inhibidor de la Monoamino-oxidasa (MAO) y como tercera alternativa, se puede utilizar la carbamecepinas o el litio ( 2, 3, 9, 10, 13, 15). Si existe abuso de sustancias o falta de control de impulsos, se podrá utilizar las benzodicepinas, sobre todo, si existen, múltiples síntomas de ansiedad. ( 2, 8, 10, 14, 17).

#### COMPLICACIONES:

Puede aparecer problemas mentales complicantes, como por ejemplo: abuso de alcohol o drogas, depresión o comportamiento suicida homicida o destructivo, los cuales, deben tratarse en forma apropiada.

Las reclamaciones legales, pueden ser una complicación frecuente del trauma causado por el hombre, en el síndrome de Estrés Post-Trauma, principalmente cuando ha habido daño físico del paciente, como consecuencia del mismo (amputaciones, torturas, discapacidades, etc) ( 2, 3, 4, 8, 11, 15). Sin embargo, el éxito en el pleito, no siempre reduce los síntomas del Síndrome. Otras de las complicaciones, pueden incluir: pérdida de trabajo o rotura de la familia. ( 2, 3, 12).

## CUANDO TERMINAR LA TERAPIA:

Aproximadamente un 50%, de los pacientes mejoran, dentro de los seis meses siguientes al trauma. ( 1, 2, 15).

Los criterios para terminar la terapia incluyen:

- Capacidad para funcionar sin medicación.
- Recuperación de la moral, sin medicación.
- Convicción de que es posible integrar el significado del trauma, en la vida presente.
- Restauración del funcionamiento social y/o laboral

■

## VI MATERIALES Y MÉTODOS

### METODOLOGÍA:

El presente estudio, es una investigación descriptiva sobre el Síndrome de Estrés Post-trauma, que se llevo a cabo en el Pelotón de Veteranos de Combate del Servicio de Sanidad Militar.

La población en estudio, fue de 30 pacientes amputados por consecuencias del conflicto armado interno de Guatemala, y se encuentran ingresados (de alta) durante el período de estudio. A los cuales se les evaluó por medio de una entrevista personal; así mismo les fue pasado los test de Escala de Mississippi para ex-combatientes ( 1), y el test de tipo de personalidad de Friedman y Rosenman ( 20), para identificar tipo de personalidad A o B. Posteriormente se tabularon sus datos y se realizó el análisis estadístico utilizando porcentajes de frecuencias, media, y desviaciones estándar,  $\chi$  cuadrado, Odds ratio, a través del programa EPIINFO6.

### MATERIALES:

#### SUJETO DE ESTUDIO:

- Pelotón de Veteranos de Combate.

#### RECURSO HUMANO:

- Personal de Enfermería, Médico General, Psiquiatra.

#### RECURSO FÍSICO:

- Servicio de Sanidad Militar.

## VARIABLES A ESTUDIAR:

### I. EDAD DEL PACIENTE.

- a. Definición conceptual: Tiempo transcurrido en años, desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista.
- b. Definición operacional: Años del paciente.
- c. Escala de medición: Numérica continua.

### II. TIEMPO EN QUE OCURRIÓ LA AMPUTACIÓN.

- a. Definición conceptual: Tiempo desde que ocurrió la amputación a la fecha.
- b. Definición operacional: meses o años transcurridos desde que ocurrió la amputación.
- c. Escala de medición: Numérica continua.

### III. ORIGEN DEL PACIENTE

- a. Definición conceptual: lugar de nacimiento, aldea, departamento y/o país.
- b. Definición operacional: departamento donde nació el paciente.
- c. Escala de medición: Nominal.

### IV. TIEMPO DE ESTAR LABORANDO O PATRULLANDO EN EL ÁREA DEL ACCIDENTE.

- a. Definición conceptual: tiempo en semanas, meses, o años de estar patrullando en el área del accidente.
- b. Definición operacional: tiempo de estar en el lugar del accidente.
- c. Escala de medición: Numérica continua.

### V. TIEMPO DE ENTRENAMIENTO MILITAR AL MOMENTO DEL ACCIDENTE

- a. Definición conceptual: tiempo de entrenamiento y cursos militares realizados desde su ingreso hasta al accidente en el ejército.
- b. Definición operacional: entrenamiento y cursos militares realizados.
- c. Escala de medición: Numérica continua.

### VI. ARMA O SERVICIO QUE PERTENECÍA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE

- a. Definición conceptual: rama de la milicia a la que pertenecía el paciente al momento del accidente.
- b. Definición operacional: rama o especialidad militar a la que pertenecía. (infantería, artillería, caballería, aviación, etc.).
- c. Escala de medición: Nominal.

### VII. SEXO DEL PACIENTE

- a. Definición conceptual: identificación biológica del paciente.
- b. Definición operacional: masculino o femenino.
- c. Escala de medición: Nominal.

### VIII. ESTADO CIVIL DEL PACIENTE

- a. Definición conceptual: condición de un individuo a lo que se refiere a sus relaciones con la sociedad.
- b. Definición operacional: soltero, casado, divorciado, unido, viudo.
- c. Escala de medición: nominal.

#### IX. RELIGIÓN DEL PACIENTE

- a. Definición conceptual: culto, doctrina, creencia, o devoción espiritual.
- b. Definición operacional: religión a la que pertenece.
- c. Escala de medición: Nominal.

#### X. GRADO DE EDUCACIÓN ACADÉMICA

- a. Definición conceptual: nivel académico, desarrollo conceptual de facultades físicas, intelectuales y morales de la sociedad, en la institución pública.
- b. Definición operacional: grado académico alcanzado (analfabeto, primaria, secundaria, diversificado.)
- c. Escala de medición: ordinal.

#### XI. ACCIÓN POR LA QUE FUERON AMPUTADOS

- a. Definición conceptual: efecto, operación o situación de un hecho o agente, que causó el daño físico y psicológico.
- b. Definición operacional: combate, explosión, minas, etc.
- c. Escala de medición: Nominal.

#### XII. PRESENCIA DE ESTRÉS POST-TRAUMA EN EL PACIENTE

- a. Definición conceptual: conjunto de síntomas y signos que existen en un tiempo determinado, que definen clínicamente un estado morboso determinado, que sigue a la ocurrencia de un acontecimiento Traumático fuera del rango de la experiencia humana normal, que amenaza la vida o seguridad de la integridad física, manifestada como: trastornos del sueño, retraimiento social, cambio de comportamiento, abuso de alcohol o drogas, comportamiento antisocial.

- b. Definición operacional: Medición a través del test de Mississippi, de 0 a 99 puntos es normal, de 100 a 175 puntos es anormal.
- c. Escala de medición: Nominal.

#### XIII. USO DE DROGAS

- a. Definición conceptual: utilización de medicamentos o sustancias ansiolíticos o estimulantes dependientemente a raíz del trauma.
- b. Definición operacional: Uso de drogas, (alcohol o tabaco, etc.) de forma dependiente.
- c. Escala de medición: nominal.

#### XIV. TIPO DE PERSONALIDAD

- a. Definición conceptual: Características de la personalidad individual.
- b. Definición operacional: Tipo "A" ó tipo "B".
- c. Escala de medición: nominal.

#### - FACTORES DE INCLUSIÓN:

Discapacidad como consecuencia de una acción violenta de guerra, en ex-combatientes del Ejército de Guatemala, durante el Conflicto Armado Interno de los últimos treinta y seis años, que se encuentren actualmente de alta en el Pelotón de Veteranos de Combate "PEVECOM", del Servicio de Sanidad Militar.

#### - FACTORES DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con lesión ó incapacidad cerebral como consecuencia de combate.
- Pacientes con otras complicaciones.

## VII PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro Número 1.

### SINDROME DE ESTRÉS POST-TRAUMA EN EX-COMBATIENTES AMPUTADOS

Resultados de la aplicación del Test de Mississippi en pacientes del PEVECOM, julio de 1996.

| RESULTADOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------|------------|------------|
| NORMAL     | 14         | 46.7       |
| ANORMAL    | 16         | 53.3       |
| TOTAL      | 30         | 100        |

Fuente: Boletas de aplicación del Test de Mississippi.

PEVECOM = PELOTON DE VETERANOS DE COMBATE.

De una muestra de treinta casos que equivalen al ciento por ciento, un 53.3% tuvo un test de Mississippi anormal, lo cual se diagnostica como Síndrome de Estrés Post-Trauma (1).

Cuadro número 2.

SINDROME DE ESTRÉS POST-TRAUMA EN EX-COMBATIENTES AMPUTADOS  
Tipos de personalidad de acuerdo a la aplicación del Test de Friedman y Rosenman en pacientes del PEVECOM, agosto de 1996.

| RESULTADOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------|------------|------------|
| TIPO "A"   | 20         | 66.7       |
| TIPO "B"   | 10         | 33.3       |
| TOTAL      | 30         | 100        |

Fuente: Boletas de aplicación del Test Friedman & Rosenman.

PEVECOM = PELTON DE VETERANOS DE COMBATE

De la muestra estudiada formada por treinta casos, a la aplicación del test de Friedman y Rosenman, el 66.7% mostró tener una personalidad tipo "A". Esta personalidad es agresiva, competitiva, impulsiva, compulsiva y obsesiva (16).

Cuadro número 3.

SINDROME DE ESTRÉS POST-TRAUMA EN EX-COMBATIENTES AMPUTADOS

Resultados de la relación del Grado Jerárquico Militar y el Test de Mississippi en pacientes del PEVECOM, agosto de 1996.

| RESULTADOS         | TEST NORMAL | TEST ANORMAL |
|--------------------|-------------|--------------|
| GRADO MILITAR BAJO | 14          | 08           |
| GRADO MILITAR ALTO | 02          | 06           |
| TOTAL              | 16          | 14           |

Fuente: Boletas de aplicación del Test de Mississippi y datos personales militares..

PEVECOM = PELOTON DE VETERANOS DE COMBATE.

Se obtuvo un chi cuadrado (Fisher) de 0.0131, lo cual hace esta relación de grado militar bajo con test anormal, estadísticamente significativa.

De la muestra de treinta Veteranos de Combate, ocho fueron oficiales, y están incluidos en la variable de grado militar alto, siendo los restantes, elementos de tropa, y grado militar bajo. Dos oficiales y catorce elementos de tropa tuvieron test de Mississippi anormales. La suma de test anormales da un 53.3%. No son parámetros de comparación, sin embargo estos fueron los pacientes encontrados en la muestra a estudio.

Cuadro número 4.

SINDROME DE ESTRÉS POST-TRAUMA EN EX-COMBATIENTES AMPUTADOS

Relación entre bajo grado escolar y resultado del Test de Mississippi en pacientes del PEVECOM, agosto de 1996.

| RESULTADOS | ANORMAL | NORMAL |
|------------|---------|--------|
| ≤ PRIMARIA | 12      | 05     |
| > PRIMARIA | 03      | 08     |
| TOTAL      | 15      | 13     |

Fuente: Boletas de aplicación del Test y datos de entrevista.

PEVECOM = PELOTON DE VETERANOS DE COMBATE.

De los treinta elementos de la muestra estudiada, dos no indicaron su escolaridad. Trece elementos tuvieron un test de Mississippi normal, y quince lo tuvieron anormal. De los casos anormales, doce tuvieron escolaridad igual o menor a la primaria. El resultado de P de una cola de acuerdo al test de exactitud de Fisher es de 0.031 lo cual hace esta relación de test anormal y baja escolaridad, estadísticamente significativa.

## Cuadro número 5.

### SINDROME DE ESTRÉS POST-TRAUMA EN EX-COMBATIENTES AMPUTADOS

Relación entre tipo de personalidad y resultado del Test de Mississippi en pacientes del PEVECOM, agosto de 1996.

| PERSONALIDAD | TEST ANORMAL | TEST NORMAL |
|--------------|--------------|-------------|
| TIPO "A"     | 08           | 12          |
| TIPO "B"     | 08           | 02          |
| TOTAL        | 16           | 14          |

**Fuente:** Boletas de aplicación del Test de Mississippi y el Test de Friedman y Rosenman.

PEVECOM = PELOTON DE VETERANOS DE COMBATE.

Al relacionar los resultados de la aplicación del Test de Mississippi que diagnóstica presencia de Síndrome de Estrés Post-Trauma en la muestra, con el resultado de ellos mismos al Test de Friedman y Rosenman, que clasifica en tipos de Personalidad, se determinó, que ocho elementos tuvieron personalidad tipo "A" y Síndrome de Estrés Post-Trauma, y ocho tuvieron tipo "B" con igual Síndrome. Doce tuvieron personalidad tipo "A" sin el Síndrome, y dos elementos se diagnosticaron con personalidad tipo "B" sin el Síndrome. Se obtuvo un Odds Ratio de 0.17 que por definición, actúa con carácter protector por ser menor que la unidad, con respecto a que pertenecer a cualquiera de los dos tipos de personalidad A o B, no es factor de riesgo de presentar el Síndrome, lo que se confirma con el resultado de  $p$  mayor que 0.05; por lo cual no existe relación estadísticamente significativa entre los dos tipos de personalidad y presencia de Síndrome del Estrés Post-trauma.

## VIII ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los datos obtenidos dan una clara visión del Síndrome de Estrés Post-trauma en nuestro medio, ya que como lo apunta Mellsop, los militares involucrados en guerras son integrantes de un porcentaje significativo del total de los afectados por esta patología ( 9); el 53.7% de los individuos sometidos a este estudio llenó los criterios diagnósticos de esta entidad nosológica conforme a las Asociaciones Mundial y Americana de Psiquiatría, este resultado es similar al reportado en otros estudios siendo un 58% de la población sometida a éstos riesgos ( 1, 2). La edad media de los pacientes estudiados fue de 24 años, con una desviación estándar de  $\pm 5$ ; ello implica que, como lo señala Shaler, habrá mayor evidencia de daños psíquicos y afectivos permanentes en el caso de estos pacientes que por efectos de la guerra sufrieron amputación y coinciden con la edad productiva el evento traumático (10, 14).

El 67% de los elementos de la muestra son solteros, y la relación de pareja del porcentaje restante es inestable en su totalidad, lo cual es coherente con la afirmación de la Asociación Americana de Psiquiatría en que hay una marcada tendencia a perder la capacidad de mantener emociones asociadas a la intimidad y la sexualidad en las personas afectadas por el Síndrome de Estrés Post-trauma ( 1); sin embargo en este estudio se obtuvo un Odds Ratio de 1.72 con  $p=0.396$  con lo cual estadísticamente no hay significancia de que sea un factor de riesgo el hecho de que los que padecen del Síndrome tengan relaciones afectivas inestables.

La muestra abarcó solo al sexo masculino, ya que el universo incluyó fuerzas armadas, en las que este es mayoritario. El grado militar varió entre Oficiales y Tropa; los primeros son jerárquicamente superiores a los últimos. Estos elementos constituyen fuerzas de choque y tienen mayor riesgo de sufrir lesiones ( 5, 9, 13, 17).

## IX CONCLUSIONES

1. El 53.7% de los elementos Veteranos de Combate del grupo en estudio del Ejército de Guatemala, tuvieron confirmación del Síndrome de Estrés Post-trauma mediante el test de Mississippi.
2. La escolaridad baja y el grado militar inferior en la escala jerárquica, tienen relación estadísticamente significativa con la existencia del Síndrome de Estrés Post-trauma.
3. El Síndrome del Estrés Post-trauma en la muestra, no tuvo relación significativa con tipo alguno de personalidad.
4. No existe una relación significativa entre el apareamiento del síndrome y la edad, área geográfica, tiempo de estar laborando en el área del accidente, y arma o servicio al que pertenecía al momento de sufrir la amputación.
5. No se puede concluir con base en los datos del estudio, la relación entre religión, estado civil y uso de drogas con el apareamiento del Síndrome del Estrés Post-trauma.
6. No existe un programa integral formal de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de problemas de salud física y psíquica tanto para los elementos del Pelotón de Veteranos de Combate del Ejército de Guatemala, como para los elementos que ingresan a las fuerzas de seguridad.

Pese a que la mayoría de elementos sometidos al estudio afirma pertenecer a algún grupo religioso de manera seria, lo cual se considera como un elemento de apoyo terapéutico beneficioso en el Síndrome del Estrés Post-trauma, con los datos obtenidos no se puede analizar el efecto beneficioso de la religión como factor protector en referencia a otros estudios.

El área geográfica con mayor incidencia de lesiones mutilantes fué el noroccidente del país, lo que concuerda con que en dicha región, está la mayoría de áreas de conflicto, poca infraestructura, extrema pobreza, áreas insalubres, escasa accesibilidad, etc. ( 22, 23).

La mayoría de los pacientes incluidos fueron víctimas de lesiones provocadas por proyectiles o explosivos durante combates.

En lo referente al grado militar y el Síndrome de Estrés Post-trauma, hay un chi cuadrado con valor de  $p=0.0130$ , por lo tanto, significativa, de que a menor grado dentro de la jerarquía militar, es mayor la incidencia del Síndrome del Estrés Post-trauma, dato que no ha sido reportado en la literatura revisada.

En el estudio, los sujetos que presentaron baja escolaridad, son usualmente los elementos de menor graduación, por lo cual hay coherencia con la aseveración de la Asociación Mundial de Psiquiatría de que a menor escolaridad, hay mayor riesgo de sufrir del Síndrome al sufrir la exposición a los condicionantes ( 1). A los sujetos con escolaridad igual o menor a la primaria se les aplicó el test de exactitud de Fisher donde  $p=0.031$ , lo cual es significativa con la existencia del Síndrome del Estrés Post-Trauma, lo que confirma esta asociación..

No hubo una relación significativa entre tipo de personalidad y la presencia del Síndrome del Estrés Post-Trauma, aunque las Asociaciones Mundial y Americana de Psiquiatría indican que la personalidad tipo "A" se asocia más frecuentemente al síndrome en cuestión ( 1, 2).

## X RECOMENDACIONES

1. Establecer un programa integral permanente de atención física y psiquiátrica para los individuos que han sufrido lesiones durante el conflicto armado Guatemalteco, tanto como participantes directos, como indirectos.
2. Establecer de inmediato un programa que registre la prevalencia del Síndrome del Estrés Post-trauma en los elementos del Pelotón de Veteranos de Combate del Ejército de Guatemala, para crear un registro, darles el tratamiento y seguimiento adecuado, incluyendo a los que ya han egresado de sus programas de adiestramiento desde su misma creación, y con ello sentar bases para conocer el comportamiento de esta entidad patológica en los individuos de nuestra nación y conflicto armado en particular.
3. Establecer en los centros de formación de las fuerzas de seguridad del estado de Guatemala, la evaluación psiquiátrica como requisito para admisión de aspirantes, y detectar los elementos propensos al Síndrome del Estrés Post-trauma y a otras patologías, con la finalidad específica de corregir los condicionantes a dicha entidad nosológica, o de excluir los individuos que no llenen los estándares, ya qué tendrán a su cargo, la seguridad ciudadana.

## XI RESUMEN

Se realizó un estudio del tipo prospectivo, que incluyó a treinta elementos del Pelotón de Veteranos de Combate del Ejército de Guatemala, entidad que se dedica al adiestramiento en varios oficios de veteranos del conflicto armado interno del país, que han sufrido alguna clase de lesión corporal, en este caso, mutilante. El objetivo del estudio fue el diagnóstico del Síndrome de Estrés Post-trauma mediante la Escala de Mississippi ( 1), investigando su correlación con escolaridad, grado militar, tipo de personalidad medida con el Test de Friedman y Rosenman ( 20).

Se interrogó a los elementos, acerca de pormenores sobre la clase de lesión sufrida y el género del agente traumatizante, lugar del incidente, y otros datos del mismo tipo.

Hubo diagnóstico del Síndrome de Estrés Post-trauma relacionado con Combate en el 53.7% de la muestra, y estos tuvieron relación estadísticamente significativa con escolaridad baja -primaria o menor- así como con grado militar jerárquicamente bajo, no así con el tipo de personalidad, relaciones todas que la Asociación Mundial de Psiquiatría señala como presentes en el Síndrome de Estrés Post-Trauma asociado al Combate en los veteranos de guerras de otros lugares del mundo hasta en un 58% de la población sometida a los factores de riesgo propios del síndrome ( 1, 9, 12, 14, 22, 23).

La mayoría de elementos sufrió amputaciones de guerra en los escenarios del noroccidente de Guatemala, donde se ubican la mayoría de zonas de mayor intensidad del conflicto armado ( 22, 23).

No hubo estudio alguno previo sobre este síndrome en nuestro país ni en el grupo sujeto de estudio, situación alarmante por tratarse de un país con un conflicto armado de treinta y seis años de existencia, por causas meramente políticas, lo cual es limitante para un enfoque científico del problema patológico.

## XII REFERENCIAS

- 1.- American Psychiatric Association. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. IV. Fourth Edition. Ed. Donnelley & Sons Co. 1994. pp.424-29.
- 2.- Asociación Mundial de Psiquiatría. Diagnóstico y tratamiento del trastorno de Estrés Post-Trauma. En su Manual para el Médico. Ed. Upjohn. 1993. pp. 91-8.
- 3.- Brown, P.J. Et. Al. Post-Traumatic Stress Disorder, Substance abuse, comorbidity and treatment utilization. Addict-Behavior Mar-Apr. 1995; 20 (2): 251-4.
- 4.- Foa. E.B. Et. Al. Evaluation of a brief cognitive behaviour. Program for the prevention of chronic PTSD, in recent assault victims. Journal of Consultant Clinical Psychology. Dec. 95 63 (6); 948-55.
- 5.- Fontana, A., Rosenheck, R. Brett, E. War zone traumas and posttraumatic Stress Disorder symptomatology. Journal of Nervous and Mental Diseases. Dec. 92; 180 (12): 748-755.
- 6.- Frueh, B., Smith, D., Libet, J. Racial differences on psychological measures in combat Veterans seeking treatment for PTSD. Journal of Personality assessment. Feb. 96; 66 (1): 41-53.
- 7.- Goetz, Walter. La época del Imperialismo, I y II Guerras Mundiales. En su Historia Universal. Ed. Espasa Calpé. S.A. Madrid. 1961. pp. 496-510, 515-520.
- 8.- Harrison's. Principles of International Medicine. Post-Trauma Psychiatric Syndrome. Ed. Mc. Graw Hill. 13th. Ed. 1994. pp. 1949.
- 9.- Hogan, C. Post-war Trauma. Australian Family Physician. Dec. 95; 24 (12); 2203-2204.
- 10.- Langer. K.G. Depression in disabling illness; severity and patterns of self-reported symptoms in three groups. Journal of Geriatric Psychiatric Neurology. Apr-Jun. 94; 7(2): 121-8
- 11.- McNally, R., Shin, L. Association of Intelligency with severity of posttraumatic Stress Disorder symptoms in Vietnam combat Veterans. American Journal of Psychiatry. June 95; 152 (6): 936-938.
- 12.- Mellsop, G.W. Et. Al. Psychiatric casualties in the Pacific during World War II; Service Hospitalized in a Brisbane Mental Hospital. Medicina Journal Australian. Dec. 1995 4-18 163(11-12). pp. 619-21.
- 13.- Monforton, M. Et. Al. Type a personality and marital intimacy in amputees. British Journal of Medical Psychology. Sep.93-66(pt3): 275-80.
- 14.- Morgan, C.A. 3rd. Et. Al. Exaggerated acoustic startle reflex in Gulf War Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. American Journal of Psychiatry. Jan 1996, 153(1) 64-8.
- 15.- OMS. Salud Mental. Trastorno de Estrés Post-Trauma. En su Manual de Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10, Pautas para el Diagnóstico. Ed. FORMA. S.A. Madrid. 1992. pp.185-9.
- 16.- Radonic, V. Et. Al. Vascular injuries in war. Chirurgy. Sep-95, 66(9): 883-6.
- 17.- Shaler, A.G. Et. Al. Predictors of Post-Trauma Stress Disorder in injured survivors. A prospective study. American Journal of Psychiatry. Feb 96. 153(2); 219-25.
- 18.- Shalev, A, Et. Al. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. American Journal of Psychiatry. Feb. 96; 153 (2): 219-225.
- 19.- Spengler, C. The Oklahoma city bombing; a personal account. Journal of Children Neurology. Sep. 95. 10(5) : 392-8.

- 20.- Valois, et al. Wellnes R.S.V.P. 3a., Benjamin / Cummings Pub. Com. Inc., California, EE.UU. 1986. pp. 34-37.
- 21.- Yehuda, R., Southwick, S., Giller, E. Exposure to atrocities and severity of chronic posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. American Journal of Psychiatry. Mar. 92; 149 (3): 333-336.
- 22.- Zentner, Cristian. Origen del conflicto armado en Guatemala, En guerras de la Post-Guerra II. Ed. Bruguera S.A. España. 1980. pp. 274-83.
- 22.- Zentner, Cristian. Vietnam. En su Guerra de la Post-Guerra I Ed. Bruguera S.A. España. 1980 pp.503-17.

## XIII ANEXOS

## ANEXO NUMERO 1

No. \_\_\_\_\_

### BOLETA DE ENCUESTA

### ESCALA DE MISSISSIPPI

#### INFORMACIÓN GENERAL

El presente instrumento, es el Test o Escala de Mississippi, para Síndrome de Estrés Post-trauma, relacionado a ex-combatientes, el cuál se utilizará para este estudio, en ex-combatientes amputados del Pelotón de Veteranos de Combate del Servicio de Sanidad Militar. Toda la información, es de carácter confidencial. Deberá ser llenado por cada uno de los participantes del estudio. Cualquier duda deberá hacerla saber a su encuestador.

#### Datos del paciente:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ GRADO MILITAR: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ RELIGIÓN: \_\_\_\_\_ ARMA O SERVICIO: \_\_\_\_\_

GRADO ACADÉMICO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DONDE FUE HERIDO: \_\_\_\_\_

TIEMPO QUE HACE DEL INCIDENTE: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE ESTAR PATRULLANDO EN ESA ÁREA: \_\_\_\_\_

ACCIÓN POR LA QUE FUE AMPUTADO: \_\_\_\_\_

UTILIZA ALGUNA DROGA HABITUALMENTE: (POSTERIOR AL PROBLEMA DISCAPACITANTE)

#### INSTRUCCIONES:

Encierre en un círculo, lo que mejor describa como se siente acerca de cada aseveración.

- 1.- Antes de ingresar al Servicio Militar, yo tenía más amigos cercanos de los que tengo ahora.  
1. No es cierto.                      2. Ligeramente cierto.              3. Algo cierto.  
4. Muy cierto.                        5. Extremadamente cierto.
- 2.- No siento culpa por las cosas que hice en el Servicio Militar.  
1. Falso.                                2. Rara vez cierto.                    3. Algunas veces cierto  
4. Usualmente cierto.                5. Completamente cierto.
- 3.- Si alguien me presiona demasiado, me vuelvo violento.  
1. Muy improbable.                  2. Improbable.                        3. Algo improbable.  
4. Muy probable.                      5. Extremadamente probable.
- 4.- Si pasa algo que me haga recordar lo que viví en el Servicio Militar, me pongo muy angustiado y enojado.  
1. Nunca.                                2. Raramente.                        3. Algunas veces.  
4. Frecuentemente.                  5. Muy frecuentemente.
- 5.- La gente que me conoce más de cerca, me teme.  
1. Nunca.                                2. Raramente.                        3. Algunas veces.                    4.  
Frecuentemente.                      5. Muy frecuentemente.

- 6.- Tengo la capacidad de acercarme emocionalmente a otros.
1. Nunca.                      2. Raramente.                      3. Algunas veces.  
4. Frecuentemente.                      5. Muy frecuentemente.
- 7.- Tengo pesadillas de experiencias que realmente pasaron en el Servicio Militar.
1. Nunca.                      2. Raramente.                      3. Algunas veces.  
4. Frecuentemente.                      5. Muy frecuentemente
- 8.- Cuando pienso en algunas de las cosas que hice en el Servicio Militar, desearía haber muerto.
1. Jamás.                      2. Raramente cierto.                      3. Algunas veces cierto  
4. Frecuentemente cierto.                      5. Muy frecuentemente cierto.
- 9.- Pareciera como que si no tuviera sentimientos.
1. No es cierto.                      2. Raramente cierto.                      3. Algunas veces cierto.  
4. Frecuentemente cierto.                      5. Muy frecuentemente cierto.
- 10.- Últimamente me han dado ganas de suicidarme.
1. No es cierto.                      2. Ligeramente cierto.                      3. Algo cierto.  
4. Muy cierto.                      5. Extremadamente cierto.
- 11.- Me duermo, me quedo dormido y me despierto solamente cuando la alarma se apaga.
1. Nunca.                      2. Raramente.                      3. Algunas veces.  
4. Frecuentemente.                      5. Muy frecuentemente.

- 12.- Me pregunto porque todavía estoy vivo, cuando otros murieron a la par mía en el Servicio Militar.
1. Nunca.                      2. Raramente.                      3. Algunas veces.  
4. Frecuentemente.                      5. Muy frecuentemente.
- 13.- Estar en ciertas situaciones, me hace sentir como que si regresara al Servicio Militar.
1. Nunca.                      2. Raramente.                      3. Algunas veces.  
4. Frecuentemente.                      5. Muy frecuentemente.
- 14.- Mis sueños en la noche, son tan reales, que me despierto con un sudor frío me obligo a mí mismo a estar despierto.
1. Nunca.                      2. Raramente.                      3. Algunas veces.  
4. Frecuentemente.                      5. Muy frecuentemente.
- 15.- Me siento como que si ya no pudiera proseguir.
1. Jamás.                      2. Raramente cierto                      3. Algunas veces cierto  
4. Muy cierto.                      5. Casi siempre cierto.
- 16.- No me río, ni lloro, de las mismas cosas que otras personas lo hacen.
1. Jamás.                      2. Raramente cierto.                      3. Algunas veces cierto  
4. Muy cierto.                      5. Extremadamente cierto.
- 17.- Todavía disfruto de las cosas que antes disfrutaba.
1. Falso.                      2. Raramente cierto.                      3. Algunas veces cierto  
4. Muy cierto.                      5. Muy frecuentemente cierto.

- 18.- Las cosas en las que sueño despierto, son muy reales y preocupante.  
1. Falso.                      2. Raramente cierto.                      3. Algunas veces cierto.  
4. Frecuentemente cierto. 5. Muy frecuentemente cierto.
- 19.- Encuentro fácil mantener un trabajo, desde mi separación del Servicio Militar.  
1. Falso.                      2. Ligeramente cierto.                      3. Algunas veces cierto.  
4. Muy cierto.                      5. Extremadamente cierto.
- 20.- Tengo problemas para concentrarme en mis tareas.  
1. Falso.                      2. Raramente cierto.                      3. Algunas veces cierto.  
4. Frecuentemente cierto. 5. Muy frecuentemente cierto.
- 21.- He llorado sin razón.  
1. Falso.                      2. Raramente cierto.                      3. Algunas veces cierto.  
4. Frecuentemente cierto. 5. Muy frecuentemente cierto.
- 22.- Disfruto de la compañía de otros.  
1. Falso.                      2. Raramente cierto.                      3. Algunas veces cierto.  
4. Frecuentemente cierto. 5. Muy frecuentemente cierto.
- 23.- Estoy aterrado por mis instintos o deseos.  
1. Falso.                      2. Raramente cierto.                      3. Algunas veces cierto.  
4. Frecuentemente cierto. 5. Muy frecuentemente cierto.
- 24.- Me duermo fácilmente en la noche.  
1. Falso.                      2. Raramente cierto.                      3. Algunas veces cierto.  
4. Frecuentemente cierto. 5. Muy frecuentemente cierto.

- 25.- Ruidos inesperados me sobresaltan.  
1. Falso.                      2. Raramente cierto.                      3. Algunas veces cierto.  
4. Frecuentemente cierto. 5. Muy frecuentemente cierto.
- 26.- Nadie entiende como me siento, ni aún mi familia.  
1. Falso.                      2. Raramente cierto.                      3. Algunas veces cierto.  
4. Frecuentemente cierto. 5. Extremadamente cierto.
- 27.- Yo soy fácil de llevar, una persona constante.  
1. Nunca.                      2. Raramente.                      3. Algunas veces.  
4. Usualmente.                      5. Todo el tiempo.
- 28.- Siento que hay ciertas cosas que hice durante mi Servicio Militar, que no se las diría a nadie, porque nadie entendería.  
1. Falso.                      2. Ligeramente cierto.                      3. Algo cierto.  
4. Cierto.                      5. Muy cierto.
- 29.- Hubo veces, cuando ingería licor (o algunas otras drogas), que me ayudaban a dormir o me ayudaban a olvidar las cosas que pasaron cuando estaba en el Servicio Militar.  
1. Nunca.                      2. No frecuentemente.                      3. Algunas veces.  
4. Frecuentemente.                      5. Muy frecuentemente.
- 30.- Me siento confortable, cuando estoy en un conglomerado.  
1. Nunca.                      2. Raramente.                      3. Algunas veces.  
4. Usualmente.                      5. Siempre.

31.- Pierdo mi templanza y exploto fácilmente sobre las cosas menores cotidianas.

1. Nunca.                      2. Raramente.                      3. Algunas veces.  
4. Frecuentemente.                      5. Muy frecuentemente.

32.- Tengo miedo de dormirme en la noche.

1. Nunca.                      2. Raramente.                      3. Algunas veces.  
4. Frecuentemente.                      5. Casi siempre.

33.- Trato de permanecer alejado de cualquier cosa que me recuerde lo que pasó durante mi Servicio Militar.

1. Nunca.                      2. Raramente.                      3. Algunas veces.  
4. Frecuentemente.                      5. Casi siempre.

34.- Mi memoria es tan buena como siempre ha sido.

1. Falso.                      2. Raramente cierto.                      3. Pocas veces cierto.  
4. Usualmente cierto.                      5. Casi siempre cierto.

35.- He tenido tiempos difíciles expresando mis sentimientos, aún a las personas que amo.

1. Falso.                      2. Raramente cierto.                      3. Algunas veces cierto.  
4. Usualmente cierto.                      5. Casi siempre cierto.

**NOTA:**

**PARA LA CALIFICACIÓN DEL TEST, LAS RESPUESTAS TIENEN UN VALOR DE 1 A 5 PUNTOS.**

**LAS PREGUNTAS 2,6,11,17,19,22,24,27,30 Y 34, SE CALIFICAN EN ORDEN INVERSO. SE SUMAN TODOS LOS PUNTEOS DE LAS PREGUNTAS, RESULTANDO EN UN TOTAL ENTRE 35-175 PUNTOS, CON PUNTEOS MAS ALTOS, INDICA MAS SEVERIDAD EN EL SINDROME DE ESTRÉS POST-TRAUMA.**

**ANEXO NUMERO 2**

**No.** \_\_\_\_\_

**BOLETA DE ENCUESTA.**

**TEST DE PERSONALIDAD DE FRIEDMAN Y ROSENMAN**

**PROPÓSITO:** esta prueba es para determinar si su conducta es Tipo A o tipo B.

**INSTRUCCIONES:** encierre en un círculo el número que mejor se identifique con su conducta en cada ítem; no hay respuestas que sean incorrectas o correctas, por lo tanto y por favor **NO CONTESTE** cómo le parece que debería de ser usted, sino como es actual y verdaderamente su manera de pensar, sentir y actuar.

1. Soy más inquieto y nervioso que mucha gente.

1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.

2. En comparación con la mayoría de gente que conozco, no me involucro mucho con mi trabajo.

1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.

3. De ordinario trabajo rápido y enérgicamente.  
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
4. Raramente tengo problemas para terminar mi trabajo.  
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
5. Detesto darme por vencido hasta estar seguro de estar agotado.  
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
6. Soy reservado en las conversaciones telefónicas.  
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
7. A menudo ando apurado.  
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
8. Estoy relajado y a gusto en mi trabajo.  
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
9. Mis éxitos se consideran significativamente mayores que los de la mayoría.  
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
10. Hacer cola me molesta más que llevar un carro adelante que me obligue a ir despacio.  
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.

11. Al conversar, a menudo hago ademanes con las manos.  
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
12. Rara vez manejo rápido un auto.  
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
13. Cuando niño, prefería un trabajo en que pudiera pasear.  
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
14. La gente me considera tranquilo.  
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
15. A veces pienso que no debería trabajar tan duro, pero algo me obliga.  
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
16. Usualmente hablo más suave que los demás.  
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
17. Escribo rápido a mano.  
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
18. A menudo trabajo lenta y calmadamente.  
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.

19. Disfruto las situaciones desafiantes: a mayor desafío, es mejor.
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
20. Prefiero comer despacio y disfrutar la comida.
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
21. Me gusta manejar rápido si no hay límite de velocidad.
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
22. Me gusta el trabajo lento y pausado.
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
23. En general, tomo mi trabajo más en serio que mucha gente que conozco.
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
24. Hablo más lento que mucha gente.
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
25. Se me ha pedido ser director de algún grupo o grupos.
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
26. A menudo dejo que un problema se resuelva solo, mientras espero.
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.

27. A menudo trato de persuadir a otros de mis puntos de vista.
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
28. Generalmente camino más lentamente que mucha gente.
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
29. Como rápidamente aún habiendo tiempo suficiente.
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.
30. Usualmente trabajo rápido.
1. DEFINITIVAMENTE CIERTO. 2. COMÚNMENTE CIERTO. 3. NO LO SÉ. 4. COMÚNMENTE FALSO. 5. DEFINITIVAMENTE FALSO.

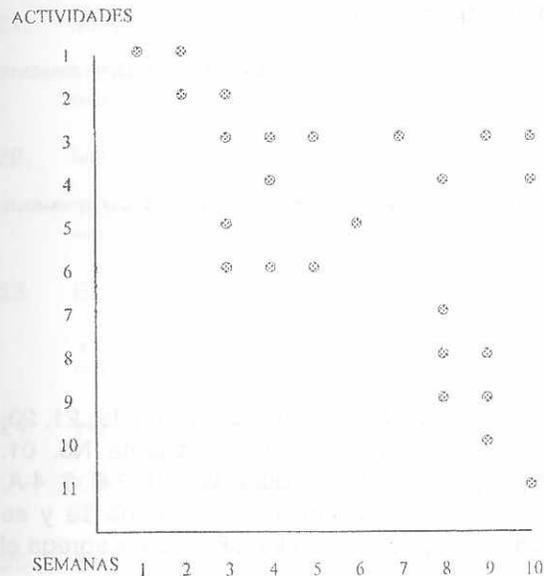
## NOTA;

- 1.- Para calificación del test, las preguntas 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 30, se califican en orden inverso, es decir pregunta No. 01. respuestas: 1-A, 2-A, 3, 4-B, 5-B; pregunta No.02: respuestas: 1-B, 2-B, 3, 4-A, 5-A. y así correlativamente. 2.- Se suman los números 3 o los no sé y se dividen dentro de 2. 3.- Se suman las respuestas con letra B y se les agrega el resultado del paso No. 02.
- 4.- Se suman las respuestas con letra A.
- 5.- Se encuentra la diferencia entre el total de A y el nuevo total de B, será ( + ) si el total de A es mayor al de B; y será ( - ), si el total de B es mayor al de A.
- 6.- Utilice la siguiente escala para clasificar el tipo de personalidad:
- |      |   |      |   |               |
|------|---|------|---|---------------|
| + 15 | a | + 30 | = | A DEFINITIVO  |
| + 01 | a | + 15 | = | A MODERADO    |
| 00   | a | - 15 | = | B MODERADO    |
| - 15 | a | - 30 | = | B DEFINITIVO. |

### ANEXO NUMERO 3

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

### GRÁFICA DE GANTT



### PROGRAMA

- 1.- ANÁLISIS E IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA. JUNIO-JULIO 1996.
- 2.- BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN. JUNIO-JULIO 1996.
- 3.- REUNIÓN CON ASESOR DR. JOSÉ ANTONIO LÓPEZ MARTÍNEZ, JUNIO 1996.

- 4.- REUNIÓN CON REVISOR DR. ROCAEL HURTADO. JUNIO 1996.
- 5.- REUNIÓN CON JEFE DEL SERVICIO DE SANIDAD MILITAR DR. MIGUEL LECHE. JUNIO 1996.
- 6.- ELABORACIÓN DE PROTOCOLO: JULIO 1996
- 7.- PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO: JULIO 1996.
- 8.- ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL: JULIO-AGOSTO 1996.
- 9.- TABULACIÓN DE DATOS: JULIO-AGOSTO 1996.
- 10.- ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL: AGOSTO-SEPTIEMBRE 1996.
- 11.- PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL: Y APROBACION DE TESIS PRIMER SEMANA DE OCTUBRE DE 1996.