UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-

"MAYRA GUTIÉRREZ"

"EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PERSONAS QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA CRIMINAL"

MARTA PATRICIA BARRIOS LUPITOU

GUATEMALA, AGOSTO DE 2014

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-

"MAYRA GUTIÉRREZ"

"EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PERSONAS QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA CRIMINAL"

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE

CONSEJO DIRECTIVO

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

MARTA PATRICIA BARRIOS LUPITOU

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGO

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADO

GUATEMALA, AGOSTO DE 2014

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Licenciado Abraham Cortez Mejía

DIRECTOR

Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina

SECRETARIO

Licenciada Dora Judith López Avendaño

Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano

REPRESENTANTE DE EGRESADOS

C.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 072-2011
CODIPs. 1504-2014

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

13 de agosto de 2014

Estudiante
Martha Patricia Barrios Lupitou
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO (10º) del Acta TREINTA Y CUATRO GUIÓN DOS MIL CATORCE (34-2014), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 12 de agosto de 2014, que copiado literalmente dice:

"**DÉCIMO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LAS PERSONAS QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA CRIMINAL",** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Martha Patricia Barrios Lupitou **CARNÉ No. 31556**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Karla Emy Vela Díaz y revisado por la Licenciada Elena Soto Solares. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

USAC ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS SECRETARÍA

Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO

/Gaby

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC
RECIBIDO
- 8 AGO 2014
FIRMA _____ HORA 17:26 Registro _____

UGP 143-2014
REG: 072-2011
REG: 006-2011

INFORME FINAL

Guatemala, 08 de Agosto 2014

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Elena Soto Solares ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

"EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LAS PERSONAS QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA CRIMINAL"

ESTUDIANTE: **Martha Patricia Barrios Lupitou**

CARNE No. **31556**

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 30 de Julio del año en curso por la Docente encargada de esta Unidad. Se recibieron documentos originales completos el 06 de Agosto del 2014, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS DOCENTE ENCARGADO U.S.A.C.

M.A. Mayra Friné Luna de Álvarez
UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. "Mayra Gutiérrez"

c.c archivo
Andrea

UGP. 143-2014
REG 072-2011
REG 006-2011

Guatemala, 01 de Agosto 2014

Licenciada
Mayra Friné Luna de Álvarez
Coordinadora Unidad de Graduación
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

"EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LAS PERSONAS QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA CRIMINAL".

ESTUDIANTE: **CARNÉ No.**
Martha Patricia Barrios Lupitou **31556**

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 30 de Julio 2014, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL
DOCENTE REVISOR
U.S.A.C.

Licenciada Elena Soto Solares
DOCENTE REVISORA

Andrea./archivo

Guatemala, 18 de octubre de 2013

Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora Centro de Investigaciones en
Psicología –CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
CUM

Estimada Licenciada Álvarez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe Final de investigación titulado "El estrés postraumático en las personas que han sufrido violencia criminal" realizado por la estudiante MARTHA PATRICIA BARRIOS LUPITOU CARNÉ 31556.

El trabajo fue realizado a partir 30 de abril de 2009 hasta el 7 de agosto de 2013.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente

Licenciada Karla Emy Vela Díaz

Colegiado No. 726

Asesor de Contenido

MG/mg
CC. Archivo

Guatemala, 18 de octubre de 2013

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora Centro de Investigaciones en
Psicología –CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
CUM

Estimada Licenciada Álvarez:

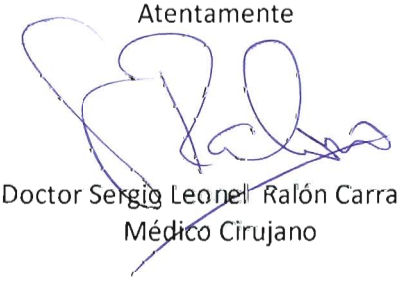
Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe Final de investigación titulado "El estrés postraumático en las personas que han sufrido violencia criminal" realizado por la estudiante MARTHA PATRICIA BARRIOS LUPITOU CARNÉ 31556.

El trabajo fue realizado a partir 30 de abril de 2009 hasta el 7 de agosto de 2013. La investigación se realizó utilizando la observación directa, la historia clínica y se utilizó como instrumento La Escala de Davidson.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente



Doctor Sergio Leonel Ralón Carranza
Médico Cirujano

Colegiado No. 6490

Asesor de Contenido

Dr. S. Ralón
CIRUGIA
CLINICA DE MAMA

MG/mg

Hospital General "San Juan de Dios"
Guatemala, C.A.

Oficio CI-358/2013

15 de noviembre de 2013

Bachiller
Martha Patricia Barrios Lupitou
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Universidad de San Carlos de
Guatemala

Bachiller Barrios:

El Comité de Investigación de este Centro Asistencial, le comunica que el Informe Final de la Investigación titulada **"EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LAS PERSONAS QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA CRIMINAL"**, ha sido aprobado para su impresión y divulgación.

Sin otro particular, me suscribo.

Dra. Mayra Elizabeth Cifuentes Alvarado
COORDINADORA
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

c.c. archivo

Julia

ACTO QUE DEDICO

A MIS PADRES

HUGO BARRIOS KLEE Q.E.P.D. Y MARTA LUPITOU DE BARRIOS, quienes me enseñaron que en la vida hay que esforzarse y ser perseverante para lograr lo que nos proponemos y queremos alcanzar

A MIS HIJAS

DIANA PAMELA Y DANA PATRICIA por su amor, paciencia y confianza.

A MIS HERMANOS Y FAMILIA

Por su apoyo y lealtad.

A MIS AMIGOS

Por su amistad incondicional

A MIS PROFESORES

Quienes creyeron siempre en mí.

Y A USTED EN ESPECIAL

AGRADECIMIENTOS

- A La Universidad de San Carlos de Guatemala y a la Escuela de Ciencias Psicológicas por contribuir en mi formación profesional.
- A mi Asesora Licenciada Karla Emy Vela Díaz y Revisora Licenciada Elena Soto por su apoyo, tiempo, compresión y paciencia.
- Al personal del Hospital San Juan de Dios por su apoyo y colaboración en la elaboración de este trabajo.
- Al Doctor Sergio Leonel Ralón Carranza y Licenciada Léa Betzabe Echeverría por su colaboración y apoyo.
- A las personas que me proporcionaron su tiempo en momentos muy difíciles para ellas dadas las circunstancias, permitiéndome entrevistarlas.

PADRINOS

Luis Carlos Barrios Lupitou
Médico y Cirujano
Colegiado No. 3693

Karla Emy Vela Díaz
Licenciada en Psicología
Colegiada No. 726

ÍNDICE

RESUMEN 1
PRÓLOGO 2

CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO
1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 4
1.1.2 MARCO TEÓRICO 6
VIOLENCIA 6
TIPOS DE VIOLENCIA 7
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO 9
SÍNTOMAS 14
INDICADORES 18
TIPOS DE EVENTOS TRAUMÁTICOS 19
TIPOS DE TRAUMA 19
FACTORES DE RIESGO 20
TRATAMIENTOS DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO 20
TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL 20
HIPNOSIS CLÍNICA 21
TERAPIAS PSICODINÁMICAS 21
TERAPIAS DE GRUPO 22
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO 22
TERAPIA FAMILIAR 23
ENFOQUE PSICOEDUCATIVO 24
TERAPIAS ALTERNATIVAS, HOLÍSTICAS Y NATURALES 24
DEBRIEFING PSICOLÓGICO 24
1.1.3 HIPÓTESIS DE TRABAJO 25
1.1.4 DELIMITACIÓN 26
CAPÍTULO II TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
2.1 TÉCNICAS 27
2.2 TÉNCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 27
2.3. INSTRUMENTOS 28
2.4 TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS 28
CAPÍTULO III PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS
3.1 CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR Y DE LA POBLACIÓN 29
3.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR 29
3.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN 30
3.1.3 ANÁLISIS 40
3.1.4 METODOLOGÍA 42
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
4.1 CONCLUSIONES 45
4.2 RECOMENDACIONES 46
BIBLIOGRAFÍA 47
ANEXOS 49

RESUMEN

"El estrés postraumático en las personas que han sufrido violencia criminal"

Martha Patricia Barrios Lupitou

Guatemala es uno de los países más violentos de América Central y Sur y esto se debe a que diariamente se contabilizan entre siete y trece muertes, si no es que más. La violencia deja en una persona marcas físicas, psicológicas y sociales. Si es verdad que las físicas se pueden curar, no podemos decir lo mismo de las psicológicas, las cuales estarán presentes en la vida de la persona por mucho tiempo o toda la vida, si no recibe la ayuda necesaria. El objetivo de la presente investigación fue determinar la existencia de estrés postraumático en pacientes mayores de 18 años a 65, que se encuentran hospitalizadas en el Hospital San Juan de Dios por haber sufrido violencia criminal. Se ha observado que las personas que han sufrido violencia, padecen de una sintomatología psicológica conocida con el nombre de estrés postraumático (TPET), la cual si no es tratada, puede durar varios años o toda la vida. El estrés postraumático se caracteriza por la dificultad de adaptación a la vida cotidiana, ansiedad, depresión, etc. La violencia es una acción física o psicológica que tiene como objetivo hacer daño a una o varias personas. Por otro lado, se puede decir, que la violencia criminal que es la que nos interesa en este caso, es una relación de delito que se define legalmente por las características de su acción y efectos sobre las personas. Estas acciones pueden ser de tipo verbal (insultos) o agresiones físicas (golpes, utilización de arma blanca o de fuego). Se han realizado estudios en los que han presentado estadísticas sobre la violencia homicida, como el "Informe estadístico de la violencia en Guatemala" realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Sin embargo, no se tienen estudios ni datos de las consecuencias y el impacto de la misma en las personas que la han sufrido directa o indirectamente. Para el estudio se acudió durante un período de ocho meses a los Departamentos de Ortopedia y Traumatología, Cirugía e Intensivo de adultos, en donde se identificó, seleccionó y entrevistó a los pacientes ingresados al Hospital por haber sufrido violencia criminal. A las personas seleccionadas se les realizó una historia de vida y se aplicó la Escala de Trauma de Davidson. Los resultados mostraron que las personas seleccionadas no padecen de estrés postraumático. De las 20 personas, 17 varones y 3 mujeres, solo cinco mostraron padecerlo en un grado leve. Las interrogantes que guiaron la investigación son ¿existe estrés postraumático en personas que han sufrido violencia criminal? y ¿cuáles son los grados de estrés postraumático en personas que han sufrido violencia criminal?

PRÓLOGO

El interés de este trabajo consiste en determinar si las personas que han sufrido violencia criminal desarrollaron un cuadro de "Estrés postraumático". Fue necesario conocer qué problemas emocionales y psicológicos presentaban estas personas y a partir de ahí, buscar mecanismos para ayudarles a seguir viviendo una vida sana desde el punto de vista emocional y psicológico.

La presente investigación tiene como objetivo general determinar la existencia de estrés postraumático en pacientes de 18 a 65 años de edad de ambos sexos que fueron víctimas de un hecho delictivo violento. La población con quien se trabajó estuvo compuesta por personas que fueron ingresadas al Hospital General San Juan de Dios.

La violencia afecta a todos los ciudadanos en general, por lo que en este trabajo se estudió a personas adultas de 18 a 65 años de edad, de ambos sexos que fueron víctimas de un hecho delictivo violento. La población con quien se trabajó estuvo compuesta por personas que fueron ingresadas al Hospital General San Juan de Dios.

Se pensó que el trabajo sería fácil, si se toma en cuenta que Guatemala cuenta con uno de los índices más altos de violencia en América Latina. Sin embargo no fue así. A diario, tanto en los medios escritos como televisivos, se ven y escuchan noticias de personas que han sido asesinadas o heridas por arma blanca o de fuego. Al iniciarse el trabajo en el Hospital General San Juan de Dios, se encontró que muchos pacientes morían en el camino o ya estaban muertos cuando llegaban las autoridades y los bomberos, algunos morían en el trayecto al hospital y otros son atendidos en la Emergencia y dados de alta ahí mismo.

De septiembre del 2011 a marzo del 2012 se buscaron pacientes sin mucho éxito. Eran pocas las personas que ingresaban por heridas de arma blanca o fuego. En muchos casos, el paciente es atendido en Emergencia, pero no son ingresados por el tipo de lesión que presentan, debido a que no ameritan una hospitalización.

Se tenía previsto llevar un seguimiento con los pacientes entrevistados, sin embargo esto no fue posible ya que la mayoría permanecía por un corto plazo en el hospital. A los ocho pacientes que se les hizo seguimiento fue en un tiempo límite de 3 semanas.

En el tiempo que se tuvo para entrevistar a las personas y a las que se pudo visitar en más de una ocasión , se pudo observar que solo con el hecho de hablar con ellas les era de gran ayuda ya que el poder expresar lo que sentían, temores, angustias, etc., les hacía sentirse mejor.

Durante el trabajo de campo una de las limitaciones es que el estudio se realizó poco tiempo después del trauma y no se sabe si al pasar el tiempo el resultado sería diferente.

Otra limitante es que no se sabe si la respuesta entre hombres y mujeres pueda ser diferente debido a que la mayoría de los pacientes fueron varones.

El presente estudio se realizó tomando en cuenta el alto índice de violencia que existe en el país y que en los hospitales solo se atiende desde el punto de vista médico no existiendo una atención psicológica. De donde el interés para que se realicen estudios como existen en otros países en donde los pacientes son evaluados y tienen ayuda psicológica durante el tiempo que sea necesario.

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema y marco teórico

1.1.1. Planteamiento del problema

Durante siglos el hombre ha sido testigo o actor de catástrofes naturales: terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones entre muchas otras, pero también ha sufrido otro tipo de eventos, como las guerras, el terrorismo, la tortura, el secuestro, la violencia y la delincuencia, éstos últimos son causados por el mismo ser humano.

Que existen efectos físicos, emocionales y sociales causados por estos eventos es indiscutible, ya que se sabe que los sobrevivientes viven con las consecuencias durante años o el resto de sus vidas. Si bien algunos logran superar el evento con el tiempo, para otros los efectos emocionales y psicológicos son a largo plazo y llegan a convertirse en un problema crónico, tal como lo es el estrés o el trastorno por estrés postraumático.

Recientemente se observó que la sociedad civil también puede sufrir de estrés postraumático causados estos como ya se mencionó arriba por el terrorismo, la violencia, los secuestros y la delincuencia.

En la mayoría de las veces, la persona que ha sufrido un evento traumático, no fácilmente va a contarlo o exponerlo. Esto se debe en parte a que la víctima trata de evitar una reacción emocional extrema que le cause recordar el hecho. Ante esta situación, lo más normal para algunas será adaptarse a la situación, es decir, seguir viviendo como si nada hubiera pasado, otras por el contrario adoptarán una conducta disociada y encontrarán una adaptación a través del alcohol o uso de drogas.

Si es cierto que las reacciones psicológicas frente a acciones traumáticas han sido estudiadas, aún no se ha encontrado el tratamiento adecuado para responder desde el punto de vista psicosocial a los desastres, tanto naturales como los creados por el hombre.

Se piensa que se debe en parte a la "variabilidad que se produce en el origen"[1] de los acontecimientos traumáticos.

Para muchas personas las reacciones causadas por un hecho traumático son "normales", sin embargo, esta actitud es preocupante y por consiguiente es necesario un estudio sobre el trastorno para así mejorar el pronóstico de las personas, y evitar la aparición de indicadores de comorbilidad en el trastorno de estrés postraumático ya que tiene tantos efectos: "somáticos, cognitivos, afectivos y conductuales de un evento traumático psicológico".[2]

En 1960 Guatemala es testigo del inicio de un movimiento revolucionario a cargo de un grupo de jóvenes militares el cual fracasó. Varios integrantes del movimiento pasaron a la clandestinidad creando una insurrección armada contra el gobierno que duró 36 años. Durante este periodo la violencia que predomina es la política, la cual si es cierto afectó a miles de guatemaltecos, iba dirigida a un grupo definido, los políticos, los que no estaban de acuerdo con el régimen que en ese entonces gobernaba al país y los más débiles (los campesinos, etc.). No se va a negar que existía la violencia común, existía sí, pero no tanto y tan agresiva como la que se está viviendo actualmente en Guatemala.

Aunque existen estadísticas y estudios sobre la violencia homicida, no se tienen estudios ni datos de las consecuencias y el impacto de la misma en las personas que la han sufrido directa o indirectamente. Las personas que han salido con vida de algún asalto y de las que son testigos de un hecho delictivo, ¿Qué pasa con ellas? ¿Siguen viviendo como si nada hubiera pasado o presentan algunos síntomas de estrés postraumático? ¿Cómo ayudarlas?

El siguiente trabajo tenía como objetivo estudiar las consecuencias que la violencia y el impacto que ésta trae consigo en los individuos que la han sufrido, ya sea directa o indirectamente, y sobre todo cómo les afecta emocional, psicológicamente y socialmente, y las interrogantes que guiaron el estudio fueron ¿existe estrés postraumático en personas que han sufrido violencia criminal? y ¿cuáles son los grados de estrés postraumático en personas que han sufrido violencia criminal?

1 Sitio de internet disponible en : www.psicotrauma.com.ar Sociedad Argentina de Psicodrama 2011
2 Sitio de internet disponible en : http://www.nlm.nih.gov/ 2011

No ha sido tarea fácil, tristemente los que sobreviven son pocos, lo que hizo difícil encontrar pacientes. Durante los 7 meses de investigación sólo se logró una muestra de 20 pacientes, quienes colaboraron abiertamente en la investigación.

Uno de los elementos que predomina en nuestra sociedad es la violencia y se cree que las personas que han sufrido violencia criminal directa o indirectamente sufren de estrés postraumático. Pero ¿qué es la violencia? La violencia es la intención o acción por la cual se intenta imponer nuestra voluntad sobre otros, causando daños de tipo físico, moral, psicológico, etc. Y ¿quiénes sufren esta violencia? Todos. La violencia no discrimina, la sufren tanto hombres como mujeres. Tampoco perdona la edad, ya que ataca desde el más pequeño hasta al más anciano. En cuanto al sexo, son los hombres los más afectado cuando se trata de asaltos. En los últimos años han aumentado los asesinatos de mujeres, pero estos son causados por su ex pareja o por problemas de custodia y dinero.

1.1.2 Marco Teórico

VIOLENCIA

Se han realizado estudios relacionados con el tema, como el trabajo de Claudio X. Vásquez coba, "El estrés postraumático y las condiciones familiares en los niños y adolescentes" y publicada en el año 2011 (Quito) es un estudio sobre los efectos del estrés postraumático en niños y adolescentes que han sufrido violencia familiar. El segundo trabajo es el realizado por José Luis Medina Amor, "Trastorno por estrés postraumático en víctimas del terrorismo: evaluación clínica, psicofisiológica y pericial", publicado en Madrid en el 2001. Este es un estudio desde el punto de vista clínico que tiene como objetico diferenciar, clasificar y describir de una forma del trastorno de estrés postraumático. El estudio se realizó con profesionales de las Fuerzas y cuerpos de la seguridad del estado expuestos a la violencia ciudadana y terrorista.

En cuanto al presente trabajo tiene como objetivo observar si existe el estrés postraumático en personas que han sufrido violencia criminal. Se estudió a personas de ambos sexos entre las edades de 18 a 65 años.

La palabra "violencia" de origen latín, quiere decir "vis", que significa "fuerza", en el Diccionario Pequeño Larousse Ilustrado encontramos que violencia es "Fuerza interna,

impetuosa; abuso de la fuerza" [3] y en el Diccionario de la Real Academia Española, la violencia es "todo aquello que está fuera de su natural estado, situación o modo. Que obra con ímpetu y fuerza…. Lo que uno hace contra su gusto, por ciertos respetos y consideraciones…. Que se ejecuta contra el modo regular o fuerza de razón y justicia".[4]

Para algunos teóricos, tanto de izquierda como de derecha, la violencia "no es sino la manifestación más flagrante del poder ". [5]

Reiss y Roth definen la violencia como "…conductas de individuos que intenten, amenacen o infrinjan daño físico o de otro tipo". [6]

Allan define la violencia interpersonal, como "conductas de personas contra otras personas que, intencionalmente amenazan o intentan efectivamente causar daño físico". [7]

Para Buhlan Husseis la violencia es "cualquier proceso, relación o condición por el cual un individuo o grupo viola la integridad física y/o social, y/o psicológica de otra persona o grupo, generando una forma de interacción en la que este proceso se produce". [8]

H. Frühlin y J. S Tulchin señalan que la violencia es un fenómeno muy "complejo y polifacético"[9]. Clasifican la violencia según las diferentes variables: las personas que la sufren (niños, mujeres, etc.), las personas que la cometen (ladrones, pandilleros, etc.), la causa de la agresión (sexual, psicológica, etc.), el motivo (político, instrumental, emocional, etc.) y por último, la relación entre las personas que sufren la violencia y la que la comete (amigos, extraños, etc.) [10]

TIPOS DE VIOLENCIA

Lo más difícil es distinguir entre las diferentes formas de violencia y comprender sus características, factores de riesgo y consecuencias. La violencia puede clasificarse de acuerdo con distintas variables en:

- Los individuos que la sufren

3 García-Pelayo y Gross, Ramón. Pequeño Larousse Ilustrado. Ediciones Larousse, S.A. México, FD. México 1993
4 www.tododiccionarios.com/drae.html **2011**
5 Hannah Arendt. Sobre la violencia, Editorial Joaquín Morit, 1970 pago. 34
6 María Cristina Kalbermatter. Violencia ¿esencia o construcción? Editorial Brujas. Córdoba, Argentina 2006 pág. 13
7 Idem. pag.13
8 Íbid.. pág. 14
9 Frühlin, Hugo y Tulchin J.S. Crimen y violencia en América Latina. Traductores Eva Zimerman y Javier Escobar. Editorial Fon de Cultura Económica. Colombia, 2005 330 pags.
10 Idem. págs. 124

- Los agentes que la cometen
- La naturaleza de la agresión
- El motivo o la relación entre la persona que padece la violencia
- La persona que la comete.

Sin embargo, se pueden agrupar todos los actos violentos en dos tipos: violencia doméstica y violencia social. La primera ocurre en el espacio íntimo, familias y parientes, y la segunda en los espacios públicos (la cual ha aumentado considerablemente).

El uso de violencia, es generalmente, un comportamiento adquirido. La primera oportunidad para aprender a comportarse aparece en el hogar. Las recompensas de los padres por un comportamiento agresivo, el maltrato de los hijos por parte de los padres y el ejemplo de padres violentos son algunos de los mecanismos por los cuales los niños aprenden a recurrir a la violencia desde temprana edad. [11]

Cabe señalar que la violencia doméstica se encuentra estrechamente ligada con la violencia social o que conduce a ella, así también pueden verse que existen vínculos similares entre otros tipos de violencia, por ejemplo, la violencia política bajo forma de conflicto civil genera aumentos posteriores en la tasas de homicidio.

La violencia doméstica suele clasificarse según el tipo de agresión y la identidad de la víctima o víctimas. Generalmente suelen ser las mujeres y los niños quienes son objeto de maltrato en el hogar. Sin embargo, los hombres también son víctimas de la violencia intra familiar. La violencia intrafamiliar contra los hombres ha existido, pero por lo general el hombre por evitar burlas o quedar en ridículo, evita presentar quejas.

La violencia psicológica suele ser la más común en los casos de violencia doméstica contra las mujeres. Ocurre cuando una persona es víctima de insultos, amenazas, gritos y golpes. En el caso de los niños es frecuente, tanto la violencia física como verbal. La violencia sexual es cuando se obliga a la mujer a tener relaciones sexuales contra su voluntad o se abusa sexualmente de un menor.

11 Frühling y Joseph S. Tulchin. Crimen y Violencia en América Latina.EditorialFondo de cultura Económica, Colombia 2005 págs. 124

Los centros para el control y prevención de la enfermedad en los Estados Unidos (1989) definen la violencia como "el uso o amenaza de la fuerza física, con intención de causar daño a otros o a sí mismo". [12]

La violencia social puede clasificarse de acuerdo con su localización geográfica, su agente o el código social legal existente.

Una manera útil para saber si se debe abordar la violencia mediante acciones preventivas o punitivas, es la que se establece entre la violencia instrumental y emocional. La instrumental es aquella que se usa como medio para obtener un propósito (la política, el tráfico de drogas). En la emocional, "la respuesta agresiva es un fin en sí misma". [13] La violencia social y doméstica es catalogadas como instrumentales y emocionales.

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

En el término de estrés postraumático o TEPT se encuentran dos aspectos a definir, por una parte el aspecto patológico que es el estrés y luego el trauma.

"Estrés" es un concepto científico que fue definido por el endocrinólogo húngaro, Hans Selye en 1934, como "la Respuesta General de Adaptación del organismo frente a un estímulo amenazante". [14] Y según el fisiólogo norteamericano Walter Cannon, dicha respuesta puede ser de dos tipos: de enfrentamiento a la situación y de huida.

Frente a una situación de peligro, el organismo de una persona se prepara para luchar o para huir produciendo un aumento en el ritmo cardíaco, en el ritmo respiratorio, aumento de la presión sanguínea, dilatación de las pupilas, tensión muscular, producción de una vasoconstricción periférica, aumento de glicemia, liberación de adrenalina, noradrenalina, glucocorticoides, etc. Al desaparecer la amenaza, el cuerpo vuelve a la normalidad.

Sin embargo, si la amenaza continúa, el organismo se va a mantener en alerta continuamente y se hará presente lo que Selye llamó el "Síndrome General de Adaptación" [15] es decir, el estrés se

12 Idem. págs. 125
13 Idem. págs. 126
14 María José Báguena Puigcerver. Tratamientos Psicológicos Eficaces para el estrés postraumático Psicothema 2011
15 Revista Chilena de neuropsiquiatría. Versión On-line ISSN0717-9227 cesarcar@mi-mail.cl César Carvajal : "Trastorno por estrés postraumático : aspectos clínicos". Cesar Carbajal 2012

vuelve crónico. En esta situación el organismo no se recupera y consume tanto la energía física como psíquica.

Se puede decir entonces que el estrés son: "los procesos fisiológicos y psicológicos que se desarrollan cuando existe un exceso percibido de demandas ambientales sobre las capacidades percibidas del sujeto para poder satisfacerlas: y cuando el fracaso en lograrla tiene consecuencias importantes percibidas por el sujeto". [16]

Cuando se habla de la percepción del sujeto, se hace referencia a procesos complejos en los cuales se encuentran los procesos cognitivos, pensamientos, interpretaciones, etc. del sujeto que realiza dichas acciones de manera consciente.

En el estrés interactúan tres factores:

- El entorno
- La forma como la persona percibe el entorno
- La percepción de los propios recursos de la persona para enfrentar las demandas del entorno.

La percepción del sujeto juega un papel importante ya que en el aspecto subjetivo es el que dará la pauta para ayudar a la persona. A veces el estímulo estresante está en el mismo sujeto como es el caso de enfermedades, dolores, etc.

La palabra "Trauma", de origen griego, significa "herida", en el estrés postraumático lo principal es el trauma psicológico, es decir "impacto emocional" de un acontecimiento que pueda provocar secuencia de manifestaciones tanto físicas como psicológicas.

Trauma psicológico es el sentimiento de no tener el control sobre la situación. Cuando ocurre un evento traumático, la persona se ve indefensa. Si el evento se debe a la naturaleza, se habla de desastres, si es debido a otro ser humano, se le llama atrocidad.

Un suceso traumático destruye la sensación de control y de significado que suele tener una persona.

---

16 Cazabat, Eduardo y Costa, E: Stress, la sal de la vida? Sociedad Argentina de Medicina. 2011, pág. 117

En 1980 se incluyó por primera vez en el Manual de Diagnósticos, el desorden de estrés traumático, la Asociación Americana de Psiquiatría describió los acontecimientos traumáticos como "fuera del ámbito de la experiencia humana habitual" [17]

Sin embargo, se ha demostrado que esta definición no es exacta, la violencia doméstica, sexual, malos tratos, estrés, entre otros, es habitual y no corresponde a esa definición.

Un evento traumático es extraordinario porque sobrepasa las maneras a las que los seres humanos se adaptan a la vida. Un acontecimiento traumático implica una situación de vida o muerte o amenaza a la integridad física, el ser humano se enfrenta al terror y se siente totalmente indefenso y sin control.

Aunque no se puede determinar la gravedad de los efectos traumáticos, se han identificado algunas experiencias que aumentan la posibilidad de salir lastimado: ser atrapado por sorpresa, estar atrapados o expuestos hasta el agotamiento. En cualquiera de los casos el factor que sobresale es el poder de provocar una sensación de terror e indefensión.

La forma natural de respuesta al peligro es un sistema complejo compuesto de reacciones tanto de la mente como del cuerpo. La amenaza hace que el sistema simpático se active: subida de adrenalina, alteración de las percepciones normales, sentimiento de miedo e ira, estas reacciones hacen que la persona reaccione luchando o huyendo.

Una reacción traumática sucede cuando no es posible resistirse ni escapar, el sistema que ayuda a defenderse se siente sobrepasado. Cuando el sistema de protección pierde su utilidad, cada parte de la respuesta normal al peligro persiste en un estado exagerado, alterado, mucho después de pasado el peligro real. Un evento traumático cambia de manera casi permanente las respuestas fisiológicas, la memoria, lo cognitivo y las emociones.

Algunas personas traumatizadas experimentan emociones intensas sin recordar con precisión el evento, otras pueden recordar lo sucedido con detalle sin experimentar emoción. Este tipo de fragmentación en la que el trauma destruye un complejo sistema de autoprotección, ha sido un punto de interés en las investigaciones desde hace años que se hacen sobre el estrés

17 Cazabat, Eduardo y Costa, E: Stress, la sal de la vida? Sociedad Argentina de Medicina. 2011 pag. 117

postraumático. Hace un siglo, Janet bautizó la patología como "disociación" y demostró que los recuerdos traumáticos se preservan en un estado anormal, separados de la conciencia normal.

Cincuenta años más tarde, Abram Kardiner describió en términos similares la patología: cuando la persona se ve ante una situación de terror "queda destrozado todo su mecanismo para realizar una actividad concentrada, coordinada y deliberada". [18] Las personas traumatizadas sienten y actúan como si la situación de peligro no hubiera pasado.

La Asociación Psiquiátrica Americana define el acontecimiento traumático como una "situación psicológicamente estresante que sobrepasa el repertorio de las experiencias habituales de la vida", [19] tales como una enfermedad crónica, un duelo, etc. y que afecta a las personas provocando miedo, terror y desesperanza y que a su vez puede amenazar la vida o la integridad física de otras personas. Desde este punto de vista, el trauma está estrechamente relacionado con los desastres naturales (inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, etc.), accidentales (incendios, accidentes de tránsito, etc.), provocados deliberadamente por el mismo hombre (torturas, asaltos, violaciones, etc.) [20]

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es una manifestación que se presenta después de que una persona ha sufrido un suceso traumático extremo. Ante este hecho, la persona reacciona con miedo y desamparo y tiende a revivir el hecho en sus pensamientos diarios o en sueños, pero al mismo tiempo trata de olvidar y pueden llegar a sufrir parálisis de la capacidad de respuesta junto con un estado de hiperexcitación.

Existen personas que tras haber sufrido un hecho traumático tienden a quedarse "congelados en el tiempo, fijados en el hecho traumático…. Condenado a la dialéctica de, por un lado revivirlo permanentemente (…) y por otro a evitarlo, olvidarlo y/o anestesiar sus sentimientos y reacciones para evitar el sufrimiento". [21]

La Asociación Americana de Psiquiatría describió los acontecimientos traumáticos como "fuerza del ámbito de la experiencia humana habitual". [22] Hacia 1987, el DSM-III-R, clasifica el trauma dentro del criterio A1 en el cual precisa que se clasifica solamente la persona que se exponga a un hecho "más allá del rango normal de la experiencia humana".

---

18 Cazabat, Eduardo y Costa, E: Stress, la sal de la vida? Sociedad Argentina de Medicina. 2011 pag. 117-125
19 Revista Chilena de neuro-psiquiatria. Version On-line ISSN0717-9227 cesarcar@mi-mail.cl César Carvajal : "Trastorno por estrés postraumático : aspectos clínicos". Cesar Carbajal 2012
20 Idem. Cesar Carvajal 2012
21 Idem. Cesar Carbajal 2012
22 Cazabat, Eduardo y Costa, E: Stress, la sal de la vida? Sociedad Argentina de Medicina. 2011 pag 117-125

En el DSM-IV de 1994, ya se contemplan los hechos traumáticos como parte "normal" de la vida humana y añade en el criterio A2 que la persona tiene que tener "una respuesta emocional intensa hacia el hecho traumático, tales como horror, terror o pánico", [23] en este caso lo que cuenta es la Respuesta traumática, es decir la reacción de la persona es la que va a constituir la situación como traumática. Dentro de esta categoría entran ahora las personas que cumplen las condiciones de terror, pánico, desesperanza, etc.

Criterios diagnósticos para TEA según DSM-IV

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha existido (1) y (2):
   1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o de los demás
   2. La persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos
B. Durante o después del acontecimiento traumático el individuo presenta tres o más de los siguientes síntomas disociativos:
   1. Sensación subjetiva del embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
   2. Reducción del conocimiento de su entorno (por ejemplo estar "aturdido")
   3. Desrealización
   4. Despersonalización
   5. Amnesia disociativa (por ejemplo incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios o *flashbacks* recurrentes o sensaciones de estar reviviendo la experiencia y malestar al exponerse a objetos o situaciones

23 Idem. . Cesar Carbajal. 2012

que recuerden el acontecimiento traumático

D. Evitación marcada de estímulos que recuerdan el trauma (por ejemplo pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas)

E. Síntomas marcados de ansiedad o aumento del alerta (*arousal*) (por ejemplo dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora)

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican por la presencia de un trastorno psicótico breve ni constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente en los Ejes I o II. [24]

SÍNTOMAS.

Primero están los Síntomas de Reexperimentación los cuales se producen de diferente manera : primero con la incursión constante de pensamiento, sentimiento o imágenes relacionadas con el hecho traumático, seguido por sueños y pesadillas constantes que causan malestar, se tiene la sensación de revivir nuevamente el hecho traumático el cual puede presentarse en forma de "flachbacks", episodios disociativos, ilusiones o alucinaciones y por último la reacciones fisiológicas o psicológicas intensas de malestar al exponerse a estímulos que recuerdan o representan el hecho traumático.

24 Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Director de la Edición Española Juan J. López-Ibor Aliño. Editorial Masson, España 2005

Cada vez que hay una reexperimentación del hecho traumático va a provocar en la persona una retraumatización, dando como resultado que el trauma se auto perpetúe. Con esto se está diciendo que la persona queda inmóvil en el tiempo y constantemente es reexpuesto al hecho traumático.

En segundo lugar, se encuentran los Síntomas de Evitación. En esta categoría se encuentran dos tipos de síntomas: los de evitación en los cuales el esfuerzo por evitar pensamientos, sensaciones, personas, etc., que recuerdan el hecho traumático; y los de carácter disociativo o de embotamiento psíquico en donde la persona es incapaz de recordar aspectos significativos del hecho traumático, disminuye su deseo por participar en actividades cotidianas, hay sensación de desapego o distracción u olvidarse de los demás; reducción de la vida afectiva e incapacidad de sentir sentimientos positivos y por último sentimientos de un futuro sin esperanza y tristeza.

Los síntomas arriba mencionados son desarrollados por la persona como una forma de protegerse de las emociones insoportables, evitar recordar el trauma, anestesiarse emocionalmente por medio de dispositivos disociáticos o síntomas de amnesia, éstos por supuesto a través del consumo de sustancias, trastornos alimenticios, adiciones, etc.

Para terminar están los Síntomas de Hiperactivación llamados también Hyperarousal, aquí encontramos en donde van a estar presentes trastornos del sueño, trastornos de la concentración, irritabilidad, hipervigilancia y respuesta de sobresalto exagerado.

Una persona con trauma va a estar siempre en guardia con el objetivo de estar a salvo de la reexposición al hecho traumático. Nunca se siente a salvo, es por ello que es necesario construir una buena alianza terapéutica para que el paciente confíe en el clínico.

Es importante señalar que el TEPT no siempre aparece inmediatamente, existen casos en que aparece años después del hecho traumático. Si el paciente menciona el hecho traumático es fácil diagnosticarlo, sin embargo cuando los síntomas aparecen después de muchos años el hecho no es evidente y el clínico tiene que investigar. Hay casos en que el paciente evita hablar del mismo para evitar el sufrimiento.

Se ha observado que el 50% de los casos se resuelven en un lapso de tres meses. Por el contrario, el resto necesita de un psicoterapeuta para curarse. No es aconsejable que la intervención sea muy larga ya que en lugar de ayudar al paciente, hace que éste organice su vida alrededor de los

síntomas causando problemas en sus actividades sociales, interpersonales, de trabajo, etc., siendo la recuperación más lenta y difícil.

En estudios realizados se ha constatado que "hasta un 80% de pacientes diagnosticados con TPET tiene al menos un diagnóstico psiquiátrico más, incluyendo trastornos afectivos (26%-65%), de ansiedad (30-60%), alcoholismo o abuso de drogas (60-80%), o trastornos de personalidad (40-60%) [25]

En su obra "Terapia y recuperación: Cómo superar las consecuencias de la violencia", Judith Herman clasifica el estrés postraumático en tres categorías: la Hiperactivación, la intrusión y la constricción.

La Hiperactivación aparece cuando ocurre un hecho traumático. El sistema humano de autoprotección pareciera estar en alerta permanente, como si el peligro ocurriera en cualquier momento. La hiperactivación es el primer síntoma del estrés postraumático, en este estado la persona se asusta o sobresalta fácilmente, se irrita con facilidad y duerme mal. Se ha determinado que los pacientes suelen padecer de una estimulación crónica del sistema nervioso simpático. Estos cambios psicofisiológicos suelen ser extensos y duraderos, los pacientes viven esperando siempre el peligro, sin un sistema de alerta básico.

La Intrusión se da cuando la persona revive una y otra vez el evento y su vida se ve paralizada debido a esto. El recuerdo queda grabado en una forma anormal y aparece espontáneamente en la conciencia, ya sea en sueños o en estado de vigilia. Generalmente estos recuerdos se tratan de imágenes o sensaciones físicas y no de narrativas verbales. Estas alteraciones se deben posiblemente al cambio que se produce en el sistema nervioso central. Experimentos en animales han demostrado que los altos niveles de adrenalina y otras hormonas del estrés, hacen que los recuerdos se graben profundamente. Se cree que esto también ocurre en los seres humanos. Bessel van der Kolk, cree que en estado de alerta, se inactiva la codificación lingüística de la memoria y se utiliza la forma sensorial y la icónica de la memoria, misma que usamos cuando niños.

25 . Cazabat, Eduardo y Costa, E: Stress, la sal de la vida? Sociedad Argentina de Medicina. 2011 pag 117-125

Las personas traumatizadas también reviven el evento a través de sus acciones. Los pacientes se sienten obligados recrear el momento de terror ya sea literalmente o disfrazado. A veces las personas reviven el episodio con la fantasía de poder cambiar lo sucedido. Generalmente las personas se encuentran reviviendo el evento de forma inconsciente, asumiendo comportamientos arriesgados y peligrosos. Sin embargo algunas revisiones suelen ser de carácter adaptativo en las que los sobrevivientes encuentran una manera de revivir la experiencia integrándola a su vida cotidiana. Muchos teóricos han coincidido en que revivir el evento es una reacción espontánea y errónea de auto curación. Para Janet es un intento de adaptarse a una situación en la que su actuación se realizó de manera imperfecta y se desea adaptar a esa situación. Sin embargo esto es algo que se hace de manera inconsciente, el paciente suele normalmente alejarse conscientemente de esos recuerdos. Sin embargo el intento que hacen las personas de evitar reproducir el trauma suele tener como consecuencia el estrechar la conciencia y que éstas se encierren en sí mismas...

En cuanto a la Constricción, ésta sucede cuando cualquier intento de resistencia es inútil y la persona entra en un estado de abandono. El sistema de autoprotección se bloquea, y el paciente escapa de la situación no debido a una acción que pasa en el mundo real, sino alterando su estado de conciencia. Es la situación en la que ante un peligro inevitable, la persona reacciona con extraña calma en la que se deshacen las angustias, y aunque el evento sigue sucediendo, la persona parece estar desconectada, como si no le estuviera sucediendo a ella y lo observara como a una tercera persona. Debido a ésta reacciona con indiferencia y pasivamente renunciando a cualquier iniciativa de resistencia. Los estados de trance traumáticos no se pueden controlar, son totalmente inconscientes. Pero aunque durante el momento del evento esto puede ser de utilidad, después de pasado el peligro representa un problema porque mantiene la experiencia alejada de la conciencia, impidiendo una integración que es necesaria para el tratamiento y curación. Los síntomas constrictivos al igual que los intrusivos están relacionados con el terreno de la memoria, se observó que los que sufren amnesia post trauma se debía a una constricción del campo de la conciencia la cual mantiene los recuerdos dolorosos separados de la conciencia normal. Algunos recuerdos aparecen alterados, sin significado, ni emociones, mientras que otros síntomas no se refieren solamente a la memoria y el estado de conciencia, sino que afectan también la acción y la iniciativa, las personas limitan y tratan de controlar sus vidas para tener un sentido de seguridad y control.

LA DIALÉCTICA DEL TRAUMA: después de vivir un trauma la intrusión y la constricción oscilan entre ellos, buscando un equilibrio entre ambos. Pero el equilibrio es exactamente lo que le falta a las personas traumatizadas, que se encuentran en un lugar lleno de emociones fuertes, y luego momentos en los que no tienen ningún sentimiento. La dialéctica del trauma puede ser de carácter perpetuo. La dialéctica tiene su propia evolución, los primeros días o semanas después del acontecimiento suelen surgir los síntomas intrusivos que suelen disminuir entre los tres y seis meses después. Pero a medida que van disminuyendo los síntomas intrusivos, empiezan a aparecer los de carácter constrictivo, el paciente puede ir recuperando un ritmo de vida casi normal, pero sigue el mecanismo en el cual se despoja al evento de su significado normal y la distorsión de la realidad. Aún mucho tiempo después del acontecimiento muchos pacientes tienen la sensación de que murió una parte de ellos, el hecho de una "amenaza de aniquilización" puede atormentar al afectado mucho después de pasado el peligro.

Estos síntomas tienen una función adaptativa, proteger a la persona de la exposición al hecho traumático y evitar integrar la memoria emocional a la memoria verbal, la memoria explícita no recuerda, sino que revive, fallando en reconocer que el hecho pertenece al pasado. Sólo la integración de los recuerdos en la memoria Narrativa, permite la desaparición de los síntomas.

INDICADORES

Entre los indicadores que pueden ayudar a determinar si la persona ha estado expuesta a un hecho traumático se pueden mencionar los siguientes: la historia precedente de traumas de la persona y las reacciones disociativas durante e inmediatamente después del hecho traumático.

Se encontró un nuevo diagnóstico el cual fue introducido en el DSM-IV y se conoce como Trastorno por Estrés Agudo, dicho trastornos son parecidos al del diagnóstico del TPET, sin embargo, se pone énfasis en los síntomas disociativos como la amnesia disociativa, la despersonalización, etc. Si una persona después de haberse expuesto a un hecho traumático presenta los síntomas del trastorno por estrés agudo, corre el riesgo de que esos síntomas continúen bajo la forma de TPET.

Con respecto a las características del hecho traumático tienen más posibilidades de desarrollar un TPET quienes estén expuestos a hechos traumáticos como los causados por la mano del ser humano, familiares directos o personas en las que se confía, hechos repetitivos y reiterados, sufridos a temprana edad, los que se reciben bajo presión al silencio.

Tipos de eventos traumáticos.

Por lo general los eventos traumáticos se presentan en ocasiones inesperadas e incontrolables, que afectan la seguridad y autoconfianza de las personas causando fuertes reacciones de vulnerabilidad y miedo hacia su ambiente.

Entre los tipos de eventos traumáticos se pueden mencionar los accidentes, desastres naturales como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, etc., muerte inesperada de algún familiar, asaltos, violaciones, abusos físicos, sexuales durante la infancia, torturas, secuestros y experiencias de combate

Tipos de trauma.

Trauma Complejo o Estrés Extremo

Bessel van der Kolk, presentó el diagnóstico, llamado TPET Complejo (Complex PTSD) o Trastorno por Estrés Extremo (DESNOS: Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) para los casos en que la situación traumática se haya producido repetidamente y a lo largo de mucho tiempo, de tal manera que la exposición prolongada al trauma condicionan el desarrollo de la personalidad del individuo. Este es el caso de situaciones de abuso sexual prolongado, cautiverio, prisioneros de campos de concentración, prisioneros de guerra, víctimas de la tortura, violencia doméstica, abuso físico y emocional, explotación sexual, etc.

Las situaciones descritas van mucho más allá de las consecuencias que puede tener un simple hecho traumático, ya que la degradación, la identidad y de su vida relacional provocan alteraciones profundas a nivel cognitivo, perceptual, de la regulación afectiva, en la conciencia, la autopercepción, en la personalidad, la identidad.

Factores de riesgo para el trastorno por estrés postraumático.

Los factores de riesgo se clasifican según la persona y el hecho traumático experimentado. Según estudios realizados se ha observado que son las mujeres las que están más propensas a sufrir un riesgo más alto en relación a los hombres a sufrir un TPEP. Tanto Breslay y cols. como Kessler y cols. informaron que las mujeres son más vulnerables pues sufren un TPEP de 10.4% en relación a los hombres que sufren un 5%. [26]

Los autores arriba mencionados encontraron que el TPEP se pude predecir a partir de la historia conductual del paciente a partir de los 15 años de edad lo cual se puede incrementar debido a problemas conductuales. Davidson y cols. y Nishit y cols. señalaron que el abuso físico o sexual durante la infancia intensifica el desarrollo del TPEP.

Otro factor de riesgo es la historia familiar psiquiátrica.

Tratamientos del estrés postraumático (TEPT).

Terapia Cognitivo-Conductual

Con el surgimiento de la Segunda Guerra Mundial, conocida como Modificación de Conducta o Terapia de Conducta basa sus conocimientos en los principios conductistas en los estudios de Pavlov y Skinner. Años más tarde se le unen los trabajos de autores como Bandura, Ellis, Beck, Meichenbaum y Cautela. La Modificación de Conducta se caracteriza porque a su repertorio de técnicas de intervención se le han agregado las estrategias y procedimientos de la psicología cognitiva, la cual consiste en "la modificación de patrones de pensamiento distorsionados y el entrenamiento en habilidades de soluciones de problemas, manejo de ansiedad o inoculaciones de estrés". [27]

La gran cantidad de estrategias de intervención así como la naturaleza multi-dimensional del Trastorno de Estrés Postraumático hace posible el uso del enfoque Cognitivo-Conductual.

Entre las diferentes técnicas Cognitivo conductual se pueden mencionar las siguientes:

---

26 . Cazabat, Eduardo y Costa, E: Stress, la sal de la vida? Sociedad Argentina de Medicina. 2011 pag. 117-125

27 .sitio de internet disponible en : www.alemana.cl 2011

- Técnicas de Relajación/Control Activación Emocional
- Desensibilización Sistemática
- Técnicas de Exposición e Inundación
- Técnicas Operantes
- Técnicas de Condicionamiento Encubierto
- Técnicas de Autocontrol
- Técnicas Aversivas
- Técnicas de Modelado
- Técnicas de Reestructuración Cognitiva
- Técnicas de Habilidades de Enfrentamiento
- Técnica de Resolución de Problemas

Hipnosis Clínica

Dejando de lado los prejuicios que se tienen sobre la hipnosis, si es aplicada profesionalmente con "la debida cualificación" y apoyada por otras técnicas de intervención, son de gran ayuda en el tratamiento de Estrés Postraumático.

La hipnosis clínica es eficiente para estabilizar al paciente presentándole estrategias de "autocontrol emocional", así como el poder usar el estrés/control de activación. A través del aprendizaje se le van a proporcionar técnicas de auto-hipnosis y posthipnóticas que le ayudaran a aumentar la autoestima y la seguridad en sí misma y se puede llegar a recuerdos traumáticos que pueden estar afectando la vida actual del paciente. Técnicas imaginativas, proyectivas y de reestructuración cognitiva pueden ser de gran utilidad en este proceso.

Terapias Psicodinámicas.

La terapia Psicodinámica se centra en los conflictos emocionales provocados por hechos traumáticos, especialmente los relacionados con experiencias tempranas. El paciente, en un

ambiente seguro, al expresar emociones y pensamientos relacionados al hecho, va a sentirse seguro, mejorará su autoestima y desarrollará pensamientos que le ayudarán a enfrentar la experiencia traumática haciendo que aparezcan emociones intensas durante el proceso terapéutico. El objetivo de esta terapia es aumentar el "insight" de los conflictos intrapersonales y resolverlos. En comparación al Psicoanálisis que puede tener una duración de 5 a 7 años, la Terapia Psicodinámica es breve ya que puede durar entre una y dos sesiones semanales durante un período de entre 12 y 20 sesiones. En resumen, el terapeuta psicodinámico busca reestructurar la personalidad básica, y esto lo logra cambiando la forma en que la persona observa la vida y reacciona ante ella. Hace que las personas desarrollen una visión adecuada de sí misma y que tomen conciencia de las "fuerzas psicológicas" que tiene en su interior.

Terapias de Grupo.

La Terapia de Grupo permite al paciente compartir sus recuerdos traumáticos con otros pacientes y con el terapeuta. El objetivo terapéutico de la Terapia de Grupo es: a) estabilizar las reacciones físicas como psíquicas frente a las experiencias traumáticas; b) explorar, compartir y afrontar emociones y percepciones y c) aprender estrategias efectivas de afrontamiento y manejo ante el estrés.

Tratamiento Farmacológico

Para el Dr. Friedman es difícil "predecir qué clase de fármacos pueden tener la expectativa de mejorar y qué grupo de síntomas". [28] Es por ello que cuando se hace uso de fármacos se tiene que tomar en cuenta la realidad clínica del paciente con TPEP ya que por lo general presenta una gama de diagnóstico comórbido (depresión, ansiedad, dependencia o abuso de agentes químicos). El psiquiatra al tratar al paciente con Estrés Postraumático tiene que saber qué fármacos prescribir a su paciente. La Terapia Farmacológica reduce la ansiedad, la depresión y el insomnio asociado al TPEP, también puede ayudar a atenuar el estrés así como el bloqueo emocional relacionado a los recuerdos de la experiencia traumática.

28 Sitio de internet disponible en :www.alemana.cl 2011

Hasta el momento no se ha encontrado una droga para el tratamiento definitivo y eficaz para tratar el aspecto sintomatológico asociado el Trastorno de Estrés Postraumático, mas bien se han encontrado medicamentos que pueden afectar los múltiples síntomas presentes en el TPEP como el Clotidine que reduce los síntomas de hiperactivación, el Propanolol, el Clonazepan y Alprazolan que regulan la ansiedad y los ataques de pánico. El Fluoxetine, que puede reducir la evitación. La depresión puede ser tratada con antidepresivos Tricíclicos y SSRI (Vargas y Davidson). [29]

La medicación es una herramienta útil para el alivio sintomático del TPEP, sin embargo no basta con ello, es necesario que el paciente utilice otras estrategias de intervención como la psicoterapia.

Terapia Familiar

La terapia Familiar es parecida a la Terapia de grupo ya que su objetivo principal es la interacción entre las personas, sin embargo se diferencia en los siguientes aspectos : a) un grupo no tiene un pasado , un futuro en común, mientras que la familia sí la tiene; b) el rol del terapeuta familiar es más directivo, cosa que no sucede en el grupal ya que el terapeuta es más que todo un facilitador; c) el terapeuta familiar busca fortalecer al grupo en sí mismo como a sus miembros individuales, en la terapia de grupo se busca que el grupo se auto disuelva a medida que sus miembros vayan resolviendo sus conflictos.

La terapia Familiar se utiliza como complemento para otras estrategias terapéuticas asociadas con la sintomatología por Estrés Postraumático ya que no siempre es considerada como suficiente para el tratamiento del trastorno.

Entre sus objetivos principales está "la intervención sobre la familia en su conjunto desde una perspectiva sistemática y global" **…..** así como proponer "estrategias, información y pautas de actuación concretas a los miembros de la familia del paciente", [30] quienes lo deben de apoyar durante el proceso terapéutico.

29 Idem
30 Sitio de internet disponible en : www.alemana.cl 2011

Enfoque Psicoeducativo

Como primer paso, el Enfoque Psicoeducativo informa al paciente y a la familia sobre la enfermedad y los síntomas así como de las diferentes estrategias para hacerle frente. Se le proporciona información a través de libros, artículos, etc. sobre conceptos psicofisiológicos, conceptos sobre el estrés, conocimientos jurídicos (violación/delincuencia), que tengan relación con el trastorno. En cuanto a la familia se le va a enseñar estrategias de afrontamiento así como habilidades para solucionar problemas. Se ha comprobado que el enfoque Psicoeducativo reduce la sensación de estrés, confusión y ansiedad que se dan en la familia de un paciente con Estrés Postraumático, a tal punto que el paciente puede llegar a recuperarse. El trabajo del paciente, el terapeuta y la familia son importantes en este enfoque.

Terapias alternativas, Holísticas y Naturales.

Este grupo de terapias por lo general crean recelo y desconfianza en algunos grupos ya que engloba un conjunto de métodos, técnicas, filosofías y procedimientos que carecen de apoyo científico. Estas Terapias pueden ser utilizadas individualmente o en grupo. Entre ellas encontramos: Acupuntura, aromaterapia, ejercicio físico, el EMDR o desensibilización y reprocesamiento por Movimientos Oculares, herbotarepia, homeopatía, masaje, medicina holística, neuropatía, programación neurolingüística, remedios Florales de Bach, shiatsu, Tai-chi, tratamiento nutricional y yoga.

Debriefing Psicológico

El término “Debriefing” se ha puesto de moda en varios países de Europa así como en los Estados Unidos. El primero en utilizar el Debriefing Psicológico fue Mitchell en 1983. Sin embargo, a través de los años han aparecido algunas variantes tales como la de Dyregrov en 1989, Amstrong y al. en 1991, Perkinson en 1997, De Soir en 2000 y por último Perren-Kingler en 2001. Todas las variantes tienen similitudes tanto en la estructura como en la aplicación y tienen como objetivo asistir psicológicamente y en forma breve a personas traumatizadas por accidente o una situación difícil o traumática.

En un principio el Debriefing es utilizado por el ejército para ayudar a los soldados después de un ataque. Los ayudaban a superar sus reacciones para luego volver al frente. Luego se utilizó como una medida preventiva contra la traumatización secundaria (por rebote), en este caso, son utilizados por los Cuerpos de Policía y/o conductores de ambulancia.

Desde el punto de vista militar, la palabra "Debriefing" significa "poner en común la información". En otros idiomas tiene el mismo significado que en inglés. En América Latina utilizan el término "descodificación".

El Debriefing se caracteriza porque el paciente habla de todo lo que se relaciona con la situación traumática. A medida que el paciente habla, va restableciendo el desarrollo de los hechos y expresa lo que ha sentido y siente. Así mismo, todas las explicaciones, propuestas y consejos van a permitir que el paciente aprenda a manejar su situación de acuerdo a sus recursos.

El objetivo del Debriefing es prevenir que las reacciones normales del Estrés Postraumático se vuelvan crónicas así como detectar anticipadamente los trastornos que puedan requerir asistencia específica.

El Debriefing puede trabajarse individualmente o en grupo. Se desarrolla en dos sesiones, la primera se realiza después del trauma (72 horas después) y durante la segunda semana. La segunda sesión se realizará de 6 a 8 semanas después.

1.1.3 Hipótesis de Trabajo

La violencia criminal influye en el desarrollo del estrés postraumático en las personas que la han sufrido.

Variable dependiente: estrés postraumático.

Variable independiente: violencia criminal.

Indicadores variables dependientes: depresión, ansiedad, niveles de adaptación a la vida diaria.

Indicadores variable independiente: golpes, arma blanca, arma de fuego, asaltos, agresión verbal.

1.1.4 Delimitación

Se trabajó con pacientes hospitalizados en la fase aguda (pacientes que llevaban de tres días a una semana en el hospital). Se trabajó con adultos de ambos sexos. Siendo en su mayoría del sexo masculino (17 sexo masculino y 3 femenino).

La investigación se realizó en el Hospital San Juan de Dios, el cual es un hospital nacional-docente asistencial y de investigación, responsable de prestar atención médica integral en la salud de la población guatemalteca.

El Hospital General San Juan de Dios se encuentra ubicado en la 1ª. Avenida 10-50, zona 1 uno en la cuidad capital de Guatemala

Capítulo II

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas

El Hospital San Juan de Dios presta servicio a nivel nacional, tanto a hombres como mujeres, niños, ancianos y de todas las edades, por lo mismo de dicha población se extrajo una muestra por medio de la técnica de muestreo no probabilístico, debido a que se encuestaron a todos los pacientes que habían sufrido violencia criminal durante el período de estudio. Se trabajó con pacientes ingresados en los departamentos de Cirugía y Traumatología e intensivo, de ambos sexos y que ingresaron al hospital con heridas por violencia criminal, con una muestra de 20 personas, 17 hombres y 3 mujeres con una edad promedio de 25 años.

2.2 Técnicas de recolección de datos

La observación directa e historia clínica

Como primer paso, se abordó a la persona y se le explicó el objetivo del trabajo. Se les dijo que se les harían preguntas de tipo personal (historia clínica), por ejemplo, su edad, estudios, el porqué de la hospitalización e historia de lo sucedido. Durante la entrevista se observaba la reacción de la persona.

Al contactar al paciente, se les explicaba el objetivo del trabajo y se les preguntaba si se sentían bien para contestar a unas preguntas personales y a responder a un cuestionario. A pesar de la situación física (algunos estaban recién operados) los pacientes en todo momento estuvieron de acuerdo en que se les hiciera la entrevista y encuesta. Muchos expresaban la necesidad de contar lo que les había sucedido y decían sentirse mejor al ser escuchados. Esto se debe en parte a que una persona que ha sido víctima de una experiencia traumática, siente la necesidad de contar lo que le ha sucedido. Esta es parte de las estrategias de supervivencia después de un traumatismo.

2.3 Instrumentos

La Escala de Trauma de Davidson

La Escala de Trauma de Davidson fue diseñada para valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en personas que han sufrido un evento estresante, en este caso, violencia criminal.

Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV (criterio B ítems 1-4 y 17, criterio C ítems 5-11 y criterio D ítems 12-16).

La Escala de Trauma de Davidson consta de 17 ítems. Los referentes y evitación se refieren al acontecimiento, y los de embotamiento aislamiento e hiperactivación, valoran la presencia o ausencia de los mismos.

2.4 Técnica de análisis estadístico de los datos.

Los datos fueron ingresados en el programa Epi Info 7. Se usó estadística descriptiva, presentando frecuencias simples, porcentajes y gráficas de barras.

Capítulo III

3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población

3.1.1. Características del lugar

El Hospital General San Juan de Dios se encuentra ubicado en 1ª. Avenida 10-50, zona 1 en la cuidad capital de Guatemala.

Por ser una institución estatal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tiene carácter asistencial, docente y de investigación.

Anteriormente se brindaba atención únicamente a las personas procedentes de las zonas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 16,17, y 18 los municipios de Palencia, San Pedro Ayampuc, San José el Golfo, Fraijanes, Chinautla, Petapa, San José Pinula y los departamentos de Alta Verapaz, Baja Verapaz, Jalapa, Huehuetenango, Escuintla, El Progreso, San Marcos, Totonicapán, Zacapa y Chiquimula. Actualmente la atención brindada es a nivel nacional.

SERVICIOS Y PROGRAMAS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

- ✓ **ADULTOS:**

Consulta Externa de Adultos
Encamamiento de Adultos
Emergencia
Intensivo
Especialidades Médicas

- ✓ **MATERNIDAD Y OBSTETRICIA:**

Consulta Externa
Encamamiento
Emergencia
Intensivo

- ✓ **PEDIATRIA**

Consulta Externa
Encamamiento de Pediatría
Emergencia
Intensivo

Especialidades Médicas

- ✓ **ESPECIALIDADES**

Medicina Física
Nutrición
Psicología
Trabajo Social
Patología
Clínica Estomatología
Neurología
Clínica Familiar
Psiquiatría
Fisioterapia
Terapia Ocupacional

OTROS

- ✓ Farmacia de la Fundación
- ✓ Laboratorio.

3.1.2. Características de la Población

Anteriormente se brindaba atención únicamente a las personas procedentes de las zonas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 16,17, y 18 los municipios de Palencia, San Pedro Ayampuc, San José el Golfo, Fraijanes, Chinautla, Petapa, San José Pinula y los departamentos de Alta Verapaz, Baja Verapaz, Jalapa, Huehuetenango, Escuintla, El Progreso, San Marcos, Totonicapán, Zacapa y Chiquimula. Actualmente la atención brindada es a nivel nacional.

La muestra encuestada estuvo compuesta por 17 hombres y 3 mujeres comprendidas entre los 18 y 65 años, internas en el área de cirugía, trauma y cuidados intensivos. La escolaridad y ocupación de los pacientes se presentan en las tablas 1, 2 y 3. En los anexos se presentan todas las características por cada uno de los pacientes.

Catorce procedían de la capital y tres del interior del país (Cobán, Santa Rosa y Puerto Barrios).

La muestra entrevistada pertenecía a un nivel Socioeconómico medio y bajo. Asisten a este hospital por no tener cobertura del IGSS (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social).

Los pacientes se encontraban hospitalizados por haber sido heridos con arma blanca o de fuego. De los veinte pacientes entrevistados tres fueron heridos por balas perdidas (ellos no eran el objetivo), dos por problemas familiares y los 15 restantes por asalto.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

PACIENTE 1

Tiene 33 años y vive con el esposo y tres de los 5 hijos, la hija mayor vive con la madre. M. lleva cinco días en el hospital. Fue víctima de una balacera en Cobán. Cuenta que ella y el esposo se dedican al cultivo de maíz, ayote y otras legumbres. Cuando ocurrió el accidente, dice que ya era tarde en la noche y que ella y el esposo estaban "recogiendo" para irse a dormir. Solo recuerda que escuchó unos disparos y que se desmayó. Esos disparos son normales escucharlos a veces por la noche ya que son borrachos que disparan al aire sin razón. Esta situación se ha agudizado con el regreso de los inmigrantes que han sido deportados. La llevaron al hospital de Cobán, de donde salió a los pocos días. Siguió la vida como si nada hubiera pasado. Sin embargo algunos días después empezó a sentirse mal y tuvieron que traerla de emergencia a la Capital, ya que según dijo, en Cobán no podían atenderla. Ya se está recuperando. Está preocupada y triste por los cinco hijos (13, 10, 8, 7 y 4, años respectivamente). No los ha visto desde que está en el hospital. El esposo está con ella.

M. habla muy bajo y cuesta entenderle un poco. Está muy delgada. Siente que lo que le pasó es un castigo por haber abandonado a la hija mayor (la dejó con la madre), al irse con la actual pareja. Cuando conoció a la actual pareja fue "amor a primera vista". Pero la pareja le dijo que si se iban a vivir juntos ella no podía llevarse a la hija. Así que la dejó con la mamá. Está optimista con respecto al futuro. Solo quiere regresar a casa para ocuparse y estar con los hijos y si es posible, recuperar a la hija.

PACIENTE 2

S. tiene 26 años y se dedica a los hijos y a la casa. Es una mujer regordeta y pequeña. Se ve muy tranquila y con mucha esperanza de recuperarse pronto.

Está unida desde hace 9 años. De esa unión tiene 3 niños (8, 6 años y uno de 8 meses). La persona que la hirió fue el cuñado.

Vive en la casa de la madre, quien alquila habitaciones. Cuenta que el fin de semana estaba en el segundo nivel de la casa con los hijos, la mamá y unos inquilinos, entre ellos había un niño. Estaban platicando cuando llego el cuñado con un amigo y le pidieron al niño (inquilino) que les devolviera el teléfono que le habían dado a guardar. El niño se negó diciendo que él no tenía nada. S. intervino y dijo que dejaran tranquilo al niño (sin saber que era cierto lo que decía el cuñado). El cuñado se enfadó y empezó a gritarle. Ella no se dejó. El cuñado enfurecido le apuntaba con el arma y le hablaba al hijo de S. (ella piensa que el cuñado por estar drogado confundió al hijo de S con el otro niño), pidiéndole el teléfono a él. Como S. se interpuso para

proteger al hijo, el cuñado le dio el arma al compañero y le dijo que disparara. Todos en la habitación se tiraron al suelo y el hombre empezó a disparar, sin herir a nadie. Luego salieron corriendo de la casa. S. al ver que se habían ido y ver si todos estaban bien, salió de la habitación y se sentó en las gradas para recuperarse un poco de la impresión. Estaba así, cuando vio regresar al cuñado quien sin mediar palabra alguna le disparó. Inmediatamente la llevaron al hospital.

Se ve tranquila. Lo que más extraña son los hijos. Con respecto a la hermana, dice que está enojada con ella, ya que denunció al cuñado, "pues quiera que no el otro es su esposo"; sin embargo, dice al mismo tiempo estar molesta con el esposo por haber lastimado a S. En lo que ella se recupera, es la hermana quien está cuidando a los hijos. Al cuñado y al cómplice los arrestaron. Le da pena por la hermana, pero no hay vuelta atrás. Quiere recuperarse pronto para regresar a la casa y estar con los hijos.

Hoy (21.2.2012) se le buscó pero ya la habían cambiado de sala.

PACIENTE 3

Joven de 19 años. Es secretaria, sin embargo no trabaja. Es ama de casa. El domingo ella, el esposo y unos amigos fueron a tomar atol a un puesto cerca de la casa. Estaban pidiendo lo que iban a tomar, cuando un carro se paró cerca de ellos, salieron unos hombres y empezaron a disparar. Del grupo solo a ella la hirieron. La bala le dio en la parte baja del abdomen. Se ve deprimida. Casi no habla y cuando lo hace la voz es casi inaudible. Habla más una amiga que la acompaña y quien está todo el día con ella. Dice estar bien. A veces un poco triste.

PACIENTE 4

R. tiene 65 años. Es una persona muy seria y parca para hablar. Es jubilado. En un principio costó que hablara. Dijo no estar interesado en que se le entrevistara. Sin embargo conforme se le explicaba el objetivo de la entrevista, empezó a sentir confianza y a hablar. Contó que venía de hacer un mandado cuando unos hombres lo atraparon por la espalda y uno le puso el mango del cuchillo en la garganta. Le quitaron el dinero y luego lo dejaron tirado en la calle. Había gente, pero nadie intervino. No sufrió heridas graves, pero desde ese día no puede dormir, tiene problemas de respiración y le duele mucho la garganta (la parte donde presionó el hombre para controlarlo). Es por ello que va al hospital. Cuando habla hay mucha cólera e impotencia. Dice que los ladrones no respetan edad ni sexo. Pero al mismo tiempo está agradecido pues no le hizo mayor cosa.

PACIENTE 5

De origen nicaragüense, A. es un hombre de unos 50 años (el mismo no supo decir que edad tenía exactamente). Esta aquí en Guatemala de paso ya que se dirigía a los Estados Unidos. Había ido al banco a sacar 800 dólares para el viaje, cuando unos hombres lo asaltaron. Lo golpearon y lo hirieron con arma blanca en la pierna. Está muy triste porque ya no puede irse. Tampoco quiere

regresar al país de origen. No se ha podido comunicar con la única hija. Dice estar desesperado ya que no tiene a nadie. La única esperanza es que localicen a la hija.

PACIENTE 6

Tiene 35 años y es soltero. Tiene problemas al hablar (es lento y tiene que pensar lo que va a decir). Pero es coherente. Trabaja en una venta de "Paca" y estaba allí cuando lo hirieron. Cuenta que estaba arreglando la ropa cuando vio llegar una moto con dos hombres jóvenes. Estos, sin más le dispararon y se fueron. No le robaron nada. Le hirieron los brazos. Le dispararon más de 7 veces. Dice recordar todo, cuando los hombres se acercaron y cuando le dispararon. Lo que no recuerda bien son las caras, sin embargo dice que eran muy jóvenes. Aun no entiende porqué lo atacaron. Está agradecido porque aún está con vida. Espera salir pronto del hospital.

Lo que más le preocupa es la actitud de la familia, la madre y las hermanas. Dice que lo tratan muy mal. Que antes, para sobrellevar los problemas se drogaba, pero ahora que es mayor no lo hace. Sin embargo quiere que la familia lo trate bien.

No está preocupado por los brazos pues tienen movimiento ya que las balas no le tocaron ningún órgano vital.

Piensa seguir trabajando en la "Paca".

PACIENTE 7

W. tiene 28 años, vive con la esposa y no tienen hijos. W tiene 9 meses de estar en el hospital. Dice que fue atacado por unos hombres en la casa. Se llevaron el dinero que tenía. Sospecha que es alguien que él conocía. Le dispararon en la cara. Lo llevaron al hospital para curarle la herida y cuando vieron que ya estaba bien, le dieron de alta. Sin embargo al poco tiempo tuvo que regresar por problemas de desnutrición (la esposa se iba a trabajar y no había quien le diera de comer, le pidieron favor a una sobrina, pero no se ocupaba bien de él) y además presentó una complicación en la herida. Tiene la apariencia de una persona anoréxica. Dice que no pueden operarlo si no aumenta de peso. Se ve positivo y habla de la esposa todo el tiempo. Al mismo tiempo está enojado pues dice que la esposa continúa la amistad con los que él sospecha que le robaron y lo hirieron.

La última vez que se habló con él, había aumentado de peso.

PACIENTE 8

N. es un joven comerciante. Tiene 28 años y vive con la esposa y un niño de 4 años. No es la primera vez que lo asaltan, pero sí la primera que es herido en esa forma. Tiene una herida de unos 35 centímetros más o menos en el abdomen y otra en la parte inferior del hombro.

Dice que fue atacado cuando intentaba cambiar la llanta del carro. Iba con la esposa cuando el carro empezó a fallar, se estacionó a la orilla de la carretera y se dio cuenta que la llanta estaba

desinflada. Buscó los instrumentos para arreglarla. Estaba quitando los "chuchos", cuando vio que una moto se paró a la par del carro y unos hombres le apuntaron. Le pidieron las llaves del carro, pero él se molestó y empezó a alegar. Los ladrones se desconcertaron un poco. Le volvieron a pedir las llaves, pero él en lugar de dárselas empezó a gritar. En ese momento, pasaba una camioneta y uno de los que iba en ella, al ver que estaban asaltando a N. disparó contra los ladrones, sin embargo, la bala le dio a N. Los ladrones huyeron. La esposa llamó a los bomberos y a la policía, pero ninguno llegó. Así es que él le dijo a la esposa que mejor ella lo llevara al hospital. Al llegar allí lo llevaron a cirugía. Solo recuerda que cuando sintió, ya estaba operado y en la cama. Esta agradecido y contento por estar con vida. Y reconoce que la esposa se portó valientemente al llevarlo al hospital.

Piensa que va a tener que calmarse un poco, pues siempre ante situaciones así no piensa en las consecuencias. Se enoja de solo pensar que los ladrones se lleven lo que a él le ha costado hacer. Por ejemplo dice "para comprar mi carro tuve que ahorrar 6 años y no es justo". Al principio le preocupaba más lo que le podían robar. Pero conforme hablaba, se dio cuenta que es más valiosa la vida. La de él, la esposa y el hijo. Su conclusión es que tiene que calmarse.

Hubo un momento que no pudo contenerse y se puso a llorar. Después dijo sentirse mejor. Ve esta situación como una experiencia. Algo que puede servir a los demás, y que tiene que contar.

PACIENTE 9

Tiene 27 años y estudió Bachillerato en Computación. Trabajó hasta diciembre del 2012 para las vacacione, en CEMACO. Anteriormente trabajó en el Aeropuerto en el Departamento de Carga. Está muy enojado y con ganas de vengarse. Dice que venía de estar un rato con sus amigos y tomarse unos tragos, cuando unos hombres los atacaron por la espalda con arma blanca. No lograron robarles nada. Se desmayó. Cuando despertó ya se encontraba en el hospital. Por suerte no fue tan grave. En el hospital le hicieron una cirugía de los pulmones. Casi no se podía mover y tenía un aparato con un tubo para limpiar y drenar los pulmones.

Sabe quiénes son los hombres que lo hirieron y tiene testigos. Va a dar parte al MP. También dice que lo llamaron del trabajo al que había aplicado y le dijeron que esperarían a que se repusiera. Eso lo tenía de buen humor. En cuanto a las heridas se siente bien ya no tan adolorido como el día anterior.

Durante la plática señala que necesita ir al psicólogo. No tanto por lo que está pasando, sino por cosas del pasado. Su infancia, el resentimiento que les tiene a los primos y tíos, quienes los trataron mal cuando la mamá los dejó encargados (a él y los hermanos) con la tía. También está molesto porque los tíos se aprovechan de la mamá.

Está bien, ya que no pasó mayor cosa. Sí cree que va a tener más cuidado y no andar en la calle como si todo estuviera bien.

PACIETE 10

W. es chofer de camionetas en Puerto Barrios. Tiene 25 años, dice ser soltero pero vive en unión libre con una mujer y tiene un niño de 4 años. No tiene estudios. Solo sabe manejar camionetas.

Cuenta que iba a entregar la camioneta. Eran las 7:00 pm. Iba tranquilo cuando vio a dos hombres en una moto que se pusieron a la par. De repente uno de ellos le disparó. Un tiro le dio en el ojo izquierdo, otro en el estómago y el otro en el hombro izquierdo. Dice que vaciaron el arma. Cuando vio que se habían ido, salió de la camioneta a pedir ayuda, pero nadie lo auxiliaba. Las personas cuando miraban la sangre se iban. Al fin paró un taxista (quien le dijo que pertenecía a la Cruz Roja) y se lo llevó al hospital de Puerto Barrios. Recuerda que no quería manchar con la sangre el carro, así que se quitó la camisa y con ella tapó la herida que más sangraba (la de la cara). Cuando llegó al hospital, el taxista fue a abrirle la puerta pero él ya había entrado al hospital (cuando cuenta esta parte, se ríe). En el hospital lo examinaron y vieron que ellos no podían hacer nada. Mejor lo trasladaron a la capital. Durante el viaje sentía mucho dolor. Al llegar al Hospital San Juan de Dios lo llevaron a Cirugía. Luego recuerda que despertó en la habitación.

No es la primera vez que atacan esa camioneta. Ya lo habían hecho anteriormente. Solo que esa vez iba el dueño de la empresa manejando. No piensa dejar ese trabajo. Dice que es lo único que sabe hacer. Lo que tiene que hacer ahora es acostumbrarse a manejar utilizando solo el ojo derecho. Tiene mucha esperanza en que va a lograrlo. Además, insiste, es lo único que sabe hacer.

No puede decir cómo se siente en estos momentos. Solo está feliz de haber sobrevivido. Más adelante es posible que tenga algunas reacciones como miedo, tristeza, cólera. Por el momento está con vida, eso es lo más importante.

PACIENTE 11

Estudiante de 5to año de Bachillerato. Tiene 19 años. Era viernes y él con dos amigos, después de haber estado escuchando música y platicando en la casa, decidieron salir a comer algo a las 3:00 horas de la madrugada. Iban los tres platicando y riéndose, cuando de una casa salió un hombre y les empezó a disparar. Los amigos salieron ilesos. Solo a él lo hirieron en la pierna derecha y el abdomen. Cuando le dispararon solo sintió algo caliente y caer al suelo. En un principio no había dolor. No entiende que pasó ya que ellos solo iban platicando. En ningún momento molestaron a alguien. Se siente bien y feliz, pues no sufrió mayor cosa. La mamá vive en los Estados Unidos y al enterarse de lo sucedido, tomó la decisión de regresar inmediatamente a Guatemala para verlo. Ve la situación como algo positiva ya que piensa, que esto pueda motivar a la mamá para llevárselo del país. Está seguro que eso va a pasar.

PACIENTE 12

Se graduó de Bachiller de Programación Técnica, pero trabaja instalando tabla yeso. Tiene 19 años y vive con la madre del hijo que tiene dos años.

Cuenta que estaba en el campo de fútbol con unos amigos. Ya habían terminado de jugar y estaban platicando, cuando de repente escucharon unos disparos. Todos salieron corriendo. De pronto sintió algo caliente en la pierna y se desplomó en el suelo. Lo último que logró ver fue a uno de los que corría con él, quien tambaleó y se desplomó en el suelo. Vio como los hombres se acercaban al joven y le daban el tiro de gracia. El cerró los ojos pensando que luego vendrían por él. Pero cuando se dio cuenta ya no estaban. Lo llevaron al hospital con una herida en la pierna derecha. Le habían fracturado el fémur. Esta seguro que a quien buscaban era al otro joven y que él tuvo suerte ya que no le dispararon más.

Solo espera salir pronto del hospital para estar nuevamente con la familia y seguir trabajando. Por la familia va a tener más cuidado al salir y evitar lugares como los campos de fut, no es la primera vez que sucede esto en esos lugares. Solo que él no pensó que eso le pudiera suceder a él.

El estar en el hospital le ha permitido conocer más gente. Está muy positivo con respecto al futuro. Piensa seguir trabajando en la instalación de techo y ocuparse más de la familia y dejar por un tiempo de ir a jugar a las canchas. No son lugares seguros.

PACIENTE 13

Cursó hasta el Primero Básico. Tiene 20 años, vive con la mujer y la hija. Es vendedor ambulante (vende perfumes hechos por el mismo), hace tatuajes, "piercing" y pulseras. Dice que fuma mariguana, pero que después de lo que le sucedió y en que no es buen ejemplo para la hija, piensa dejarla. El día que lo asaltaron iba un poco drogado. Cuenta que iba por la calle cuando dos hombres le pidieron el teléfono. Él se puso un poco "gallito" y les dio uno de los teléfonos que llevaba consigo ("un gachito"). Los ladrones no le creyeron y lo registraron. Al encontrarle el segundo teléfono, se enojaron y le dispararon. Una bala le hirió cerca de la columna vertebral, sin tocarle un órgano vital. La otra le hirió en el brazo. La herida del brazo es la que más le preocupa, pues dice que necesita de las manos para trabajar. Otra cosa que le preocupa es como le va a quedar el brazo, no quiere que le quede marcado. Ya no quiere seguir drogándose. En parte esto hizo que se descuidara ya que no vio venir a los ladrones.

Dice que necesita ir con el psicólogo porque tiene muchos problemas con la familia. Cuenta que estando en el hospital la madre le pegó a la esposa y eso no le gustó nada. También dice que el hermano menor le ha pegado a la madre y eso no lo soporta. Necesita salir de esos problemas. Esta agradecido por haber salido con vida. Y piensa hacer muchos cambios en su vida.

PACIENTE 14

Trabaja como “Brocha” de camioneta. Tiene 20 años y cursó hasta 3ro Básico. Cuenta que iba en la camioneta urbana cuando un hombre le disparó a él y al chofer. El chofer murió. Él se salvó. Lo hirieron en el pulmón. Tiene un mes de estar en el hospital. No piensa dejar el trabajo ya que dice, se gana bien. Es muy poco comunicativo. Solo se limitó a responder a las preguntas.

PACIENTE 15

JAA. Es albañil de profesión. Tiene 21 años y cursó hasta 6to Primaria. Es soltero y vive con la familia. Trabaja en el interior del país (Santa Rosa). Se va toda la semana y regresa los fines de semana para estar con la familia. Tiene una herida de bala en el muslo derecho. Se siente bien, lo único que le preocupa es que la familia se tiene que endeudar para que él pueda sanar. Cuenta que lo hirieron un sábado al regresar de trabajar. El y un compañero bajaron de la camioneta extraurbana. Como tenían sed, fueron a una tienda a comprar agua. Estando allí, un carro se acercó a ellos y paró, salieron dos hombres armados con escopetas. Uno de ellos le pidió el teléfono. Él se lo dio, pero el hombre le disparó. Solo recuerda que cayó al suelo y ya no sintió nada. Lo llevaron al hospital. Tiene una herida bastante grande en el muslo. Para curarlo, dice que tiene que comprar unas esponjas que le ponen en la herida y estas van regenerando la carne y piel. Está muy positivo y piensa seguir trabajando en lo mismo.

PACIENTE 16

Tiene 21 años y cursó hasta 1ro Básico. Dice estar soltero, pero tiene un hijo de dos años con 5 meses. Es ayudante de camioneta extraurbana. Después de esta experiencia, no piensa seguir trabajando en lo mismo. Dice que tuvo suerte, ya que el hombre le disparó por la espalda. No le tocó ningún signo vital. Es la primera vez que lo atacan de esa forma. Dice que no entiende que pasó. Él estaba en la puerta de la camioneta, cuando un hombre que estaba sentado como cualquier pasajero, se levantó y le disparó. Solo a él. Solo recuerda que cayó de la camioneta. Cuando despertó ya estaba en el hospital.

Esta positivo en cuanto al hecho de estar con vida.

PACIENTE 17

Tiene 24 años y es Panificador. Está unido y tiene 3 hijas. Cursó hasta 2do Primaria. Fue herido de bala en las piernas. El ataque no era contra él. Cuenta que había terminado de trabajar y se dirigía a su casa. En una calle vio que había un carro y que los pasajeros del mismo empezaron a dispararle a alguien. Cuando él vio eso, empezó a correr. Los del carro retrocedían y seguían disparando. Él solo sintió que cayó y ya no recuerda más. Unas balas perdidas lo habían herido

en las piernas. Lleva tres días en el hospital. Lo que más siente es no poder ver a sus hijas y comer bien. Está positivo en cuanto al futuro.

PACIENTE 18

Es un joven de 27 años. Vivió con una mujer hasta hace poco con quien tuvo dos hijas. Sin embargo ya tenían varios meses de haberse separado. Actualmente vive con la mamá. Vive en un sector de la capital en donde las "maras" tienen cierto poder. Dice que le dispararon por no querer unirse a ellas. No es la primera vez que lo atacan. Esta es la más grave ya que en las anteriores ocasiones solo había habido golpes. No sabe quién le disparó. Solo recuerda que venía de trabajar a las 6 de la tarde cuando recibió los balazos. Dice estar preocupado pues no sabe que pasará más adelante. Teme por él y la madre.

PACIENTE 19

A. tiene 18 años. No tiene estudios y trabaja como vendedor ambulante. La noche de un viernes después de trabajar se reunió con dos amigos y fueron a beber y a comer. A eso de las 8:00 de la noche estaban platicando en una esquina cerca de la casa familiar cuando vieron que dos hombres se les acercaron. Ellos se hicieron a un lado, pero los hombres sacaron las armas y les pidieron sus objetos de valor así como el teléfono celular. Uno de los amigos metió la mano en la bolsa del pantalón para sacarlo, pero uno de los hombres se asustó y empezó a disparar. Todos salieron corriendo, él sintió algo caliente en la pierna y cayó. No recuerda más. Solo que cuando despertó estaba en el hospital. Dice estar preocupado pues no tiene a quien recurrir para poder comprar lo que el médico le pide. Dice que desde que tiene 16 años vive solo, no se comunica con su hermana ni con su abuela quien se hizo cargo de ellos cuando la mamá los abandonó.

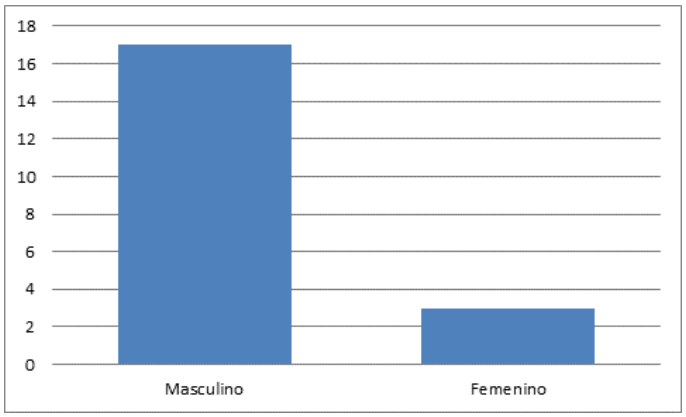
A la semana siguiente se volvió a visitar al paciente, pero lo habían cambiado de habitación. Estaba en una habitación donde solo había dos pacientes más, según se supo, la herida había sido infectada por un virus y no se le podía visitar.

PACIENTE 20

R.Y.T tiene 36 años y vive en Izabal. Trabaja en el campo sembrando milpa. Cuando sucedió el ataque estaba trabajando en la milpa. Recuerda que llegó el tío paterno a exigirle 75,000 quetzales. Él le dijo que no los tenía y que no le iba a dar nada. El tío se enfureció y empezó a atacarlo con el machete. Le hirió parte de la cabeza, le arrancó una oreja y parte de la mejilla izquierda. También le hirió el brazo izquierdo y la pierna. Para recuperar la mejilla le hicieron un injerto y recuperó la oreja, sin embargo aún le sangra. Cuando habla cuesta entenderle pues no habla bien el español. Sin embargo hace todo lo posible por hacerse entender. Todavía está muy consternado por lo sucedido y asustado.

RESULTADOS

GRÁFICA No. 1



Fuente : Entrevista aplicada en el Hospital San Juan de Dios. Guatemala 2011

De las 20 personas encuestadas 17 eran hombres y 3 mujeres. La edad promedio fue de 28, el más joven de 18 y el de mayor edad de 65.

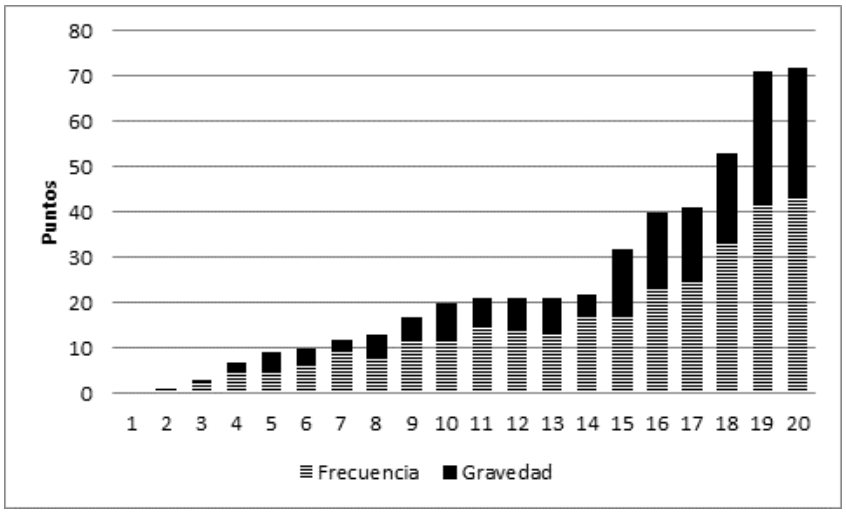
Tabla 1
Prueba de Davidson por Paciente
Estrés Post-Traumático en Pacientes que
Sufren Violencia
Hospital General San Juan de Dios
Guatemala, 2011

	Paciente	Frecuencia	Gravedad	Total
1	ANM	0	0	0
2	GA	1	0	1
3	MAH	2	0	2
4	JLCC	6	2	8
5	WEL	6	4	10
6	ACB	7	4	11
7	NAT	9	3	12
8	CH	8	5	13
9	MAM	12	8	20
10	ELCR	15	6	21
11	PO	17	5	22
12	SR	14	8	22
13	WRS	14	10	24
14	RC	23	17	40
15	RCD	25	16	41
16	GACE	31	20	51
17	RYT	32	30	62
18	JAA	42	29	71
19	EAP	43	29	72
20	MO	12	5	17

Fuente: Entrevista. Prueba de Davidson, aplicada en el Hospital San Juan de Dios. Guatemala 2011

El punteo obtenido en cada uno de los componentes se presenta en la Tabla 1. De acuerdo al punto de corte establecido para la prueba, cinco de los encuestados tenían estrés postraumático.

Gráfica 2
Punteo en Frecuencia y Gravedad juntas



Fuente: Prueba de Davidson por Paciente Estrés Post-Traumático en Pacientes que Sufren Violencia Hospital General San Juan de Dios Guatemala, 2011

En la gráfica se observa que en la suma de los dos componentes, gravedad y frecuencia, la distribución del punteo obtenido por cada paciente es dispersa, no se encontró una frecuencia mayor en algún punteo, variando desde 0 hasta 43. Tomando en cuenta como puntos de corte los 40 puntos, solo tres personas los presentan y dos que llegan al límite. Los 17 restantes se mantiene entre 0 a 25 puntos con una media 15 puntos.

Se encontró que los punteos obtenidos son bajos, es decir que, aunque cinco pacientes presentaron Estrés Postraumático, de acuerdo a la Escala de Davidson, éste no es grave.

3.1.3 Análisis del contexto

En un principio se pensó que se trabajaría con los pacientes que ingresaban a emergencia. Sin embargo, la primera semana se observó que por la situación del paciente era imposible hacer la

entrevista. Esto se debió a que los pacientes que ingresaban a emergencia estaban muy mal heridos y era imposible hablar con ellos ya que se encontraban sedados, en estado de shock o muy nerviosos y no contestaban lo que se les preguntaba.

Se propuso la Sala de Cirugía. En donde se empezó a trabajar en la sección de hombres ya que en el de mujeres solo se encontraban pacientes ingresadas por enfermedad común o accidentes de trabajo.

Durante el mes de septiembre, se encontraron 3 pacientes con las características que se buscaban. La mayoría de los pacientes que ingresaban a esa sección era por razones de enfermedad común, accidentes de trabajo (quemaduras, caídas, o accidentes de tráfico, etc.). En el mes de octubre se propuso otra sala, Trauma, en donde se obtuvo el mismo resultado. En este caso se visitaron tanto la sección de hombres como de mujeres.

En trauma se encontraron 4 pacientes, siendo uno de ellos una mujer.

Durante los meses de noviembre y diciembre, se buscó en otras salas, además del Intensivo. Allí se encontraron 4 pacientes más.

En enero del 2012, se siguieron buscando pacientes en todas las salas en que se tenía autorizado trabajar. Sin embargo en donde más se encontró fue en Trauma e Intensivo, en donde se concluyó el trabajo.

Se entrevistó a un total de 20 personas.

Entre las desventajas que se encontraron al realizar el trabajo están el encontrar personas para la entrevista, ya que como se mencionó arriba, eran pocas las que ingresaban. Otra era el no poder continuar observando a los pacientes debido al poco tiempo que se encontraban en el hospital.

En la mayoría de los casos, el ataque acababa de suceder, cuando se entrevistaba a la persona el hecho de contar su problema le ayudaba a desahogarse y por consiguiente se sentía mejor.

3.1.4 Metodología

Como primer paso se preguntaba en la recepción de cada sala visitada si había ingresado algún paciente herido por arma de fuego o arma blanca. Los encargados o enfermeros de la sala buscaban en la lista de ingresos y señalaban el número de cama en donde estaba el paciente así como la razón del ingreso.

Al contactar al paciente, se les explicaba el objetivo del trabajo y se les preguntaba si se sentían bien para contestar a unas preguntas personales y a responder a un cuestionario. A pesar de la situación física (algunos estaban recién operados) los pacientes en todo momento estuvieron de acuerdo en que se les hiciera la entrevista y encuesta. Muchos expresaban la necesidad de contar lo que les había sucedido y decían sentirse mejor al ser escuchados. Esto se debe en parte a que una persona que ha sido víctima de una experiencia traumática, siente la necesidad de contar lo que le ha sucedido. Esta es parte de las estrategias de supervivencia después de un traumatismo.

Algunos de los pacientes al escuchar la palabra psicólogo, inmediatamente decían que en lo personal lo necesitaban pues además de la situación que estaban pasando en esos momentos, tenían problemas personales y familiares que creían era necesario resolver.

En la mayoría de los pacientes se observó que su mayor preocupación no era el haber sido herido en sí (estaban con vida y muy agradecidos con "Dios" por haber sobrevivido), sino más bien los gastos que significaba para él y la familia. Decían que si es verdad no estaban en un hospital privado, había gastos que hacer y la mayoría no tenía los recursos necesarios para cubrirlos. La preocupación era que la familia tenía que recurrir a préstamos. Esto en parte los deprimía, ya que en algunos casos mencionaban gastos de Q. 8,000.00 para poder comprar lo que los médicos les pedían. La situación se complicaba si no tenían lo pedido por el médico, ya que significaba que tenían que quedarse más tiempo en el hospital. Esto a su vez significaba no trabajar y endeudarse más.

Para los que eran padres, la tristeza era el no poder ver a los hijos. Esto se observó tanto en los hombres pero mayormente en las mujeres. Estas últimas esperaban ansiosamente que el médico las diera de alta para poder estar en casa con los hijos y el esposo.

Se pudo observar que tanto las mujeres como las persona mayores que se entrevistaron sufren más que los jóvenes y solteros.

Durante la entrevista, los pocos que mostraron enojo o ira, decían que al salir del hospital irían a buscar a las personas que los hirieron y encargarse de ellos. En la segunda visita, ya habían cambiado de idea, estaban más tranquilos y llegaban a la conclusión de que no era necesario vengarse, esto les atraería más problemas de los que ya tenían. Solo uno dijo que iría a la policía para acusar a los que lo habían atacado pues sabía quiénes eran.

Algo que se observó y que ayudaba a las personas a no deprimirse en el hospital era que sus familiares los visitaban los días martes, jueves y domingo, y que el ambiente en la sala donde se encontraban recluidos, a pesar de las circunstancias (de ellos y de otros pacientes) era agradable, o al menos ellos se lo hacían agradable. Estaban al tanto de ellos, si no estaban en la sala cuando se les llegaba a visitar, lo iban a buscar o hacían algún comentario respecto a ellos. Si ya se había ido a su casa, señalaban el día que había sido dado de alta. Si no tenían dinero para llamar a su familia, algunos pacientes les prestaban su teléfono o les daban el dinero si estos no tenían.
Este ambiente se observó más en la sala de los hombres. Había un ambiente de compañerismo y apoyo.

En la sala de mujeres, el ambiente era más calmado, las mujeres a pesar de decir que no estaban tristes, su expresión, su forma de hablar, mostraba lo contario. En las que eran madres, su preocupación era el no poder ver a sus hijos (muchos de ellos menores de edad).

En muchos de los casos se trató de no limitarse a la entrevista y encuesta, si no de visitar nuevamente a los pacientes. Esto no fue posible en la mayoría de los casos, pues al regresar a la semana siguiente ya no se encontraban en el hospital, siguiente ya les habían dado de alta.

Sólo se encontró un paciente que ya tenía nueve meses de estar hospitalizado. Fue atacado en su casa para robarle. Lo llevaron al hospital para curarle la herida y cuando vieron que ya estaba bien, le dieron de alta. Sin embargo al poco tiempo tuvo que regresar por problemas de desnutrición y complicación en la herida. Tenía la apariencia de una persona anoréxica. No

podía operarlo pues necesitaban que aumentara de peso. Cuando se le visito la última vez ya había aumentado de peso.

Los demás pacientes solo se quedaban en el hospital de dos a tres semanas. Uno de los pacientes señalo que el médico le había dicho que iba a estar en el hospital más de un mes para poder recuperar el muslo. Sin embargo sólo estuvo tres semanas.

Siendo Guatemala un país violento, donde cada día aparecen entre 11 o más personas asesinadas, es posible que para el ciudadano común esta situación sea normal a tal punto que se haya "adaptado" a la situación y vea lo que le sucedió como algo normal.

Se observó que es son los hombres los que sufren Estrés Postraumático en un grado leve. En las mujeres lo que se encontró fue tristeza por el hecho de estar separadas de sus hijos y en las personas de edad, se presentaba más que todo un sentimiento de impotencia. No entendían como a ellos por ser personas de edad se les atacaba, se les agredía.

El trabajo contó con el apoyo del personal de los Departamentos de Cirugía, Trauma e Intensivo en cuanto a la información sobre los pacientes y la importancia del trabajo que se estaba realizando.

Capítulo IV

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

1. Se aprueba la hipótesis de que "se presenta Estrés Postraumático en las personas que han sufrido violencia criminal", la cual fue aprobada por medio de estadística descriptiva, utilizando las frecuencias y significatividad de respuestas.
2. De las 20 personas entrevistadas, solo se encontró estrés postraumático en el 25%, el cual responde a 5 personas, siendo los punteos máximos de 72 en la Escala de Davidson, los cuales corresponden a la presencia de estrés postraumático.
3. Los más afectados por la violencia fueron varones de entre 18 y 30 años, con un total de 17. De los ataques en este género, 9 fueron por robo, 7 fueron ataques fortuitos (no iban dirigidos a ellos directamente), 1 por problemas de herencia.
4. En las mujeres se observó tristeza debido al hecho de estar separadas de los hijos. De los tres ataques realizados contra las mujeres, dos fueron ataques no dirigidos a ellas y el otro realizado por un familiar.
5. En las personas de la tercera edad se presentó un sentimiento de impotencia y consternación, esto evidenciado en la historia clínica No entendían como a ellos les atacaban, les agredían.
6. La mayor preocupación de las personas entrevistadas, y que les causaba ansiedad, era el aspecto económico, es decir, al no poder comprar las medicinas y aparatos para la recuperación.

4.2. Recomendaciones

1. Llevar un seguimiento de los pacientes durante más tiempo para determinar si aparecen síntomas.
2. Dentro de los medios de la institución donde están convaleciendo los pacientes, crear grupos y ayudarlos psicológicamente. Mientras más rápido se intervenga, más rápido se solucionará el problema. Si por el contrario, la intervención se realiza tarde, la recuperación se realizará más lenta ya que el paciente va a estructurar su vida en función de los síntomas perjudicando su vida personal, laboral, etc.
3. Proponer que las personas que dan los primeros auxilios a los pacientes bomberos, paramédicos o policías) dentro de su pensum de estudios tengan cursos (Debriefing, etc.) para poder ayudar a estas personas.
4. Informar, formar y capacitar tanto a profesionales de la salud, bomberos, paramédicos y policías para prestar una adecuada atención a las personas que han sufrido un ataque con arma de fuego, arma blanca, etc.
5. Tomar en cuenta a las familias de los afectados ya que pueden ser de apoyo para una recuperación más rápida.

BIBLIOGRAFIA

Arendt, Hannah. Sobre la violencia. Traducido por Miguel Gonzales. Editorial Joaquín Morit. México, D.F. 1970 95 pags.

Carlson, Neil R. Fisiologí de la conducta. Traducido por María José Ramos Platón, Carmen Muñoz T y Fernando Rodríguez de Fonseca. Octava edición. Editorial Pearson Educación, S.A. España, 2006 758 pags.

Devalle, Susana B.C., compiladora, Mónica Cejas Minuet et al. Poder y cultura de la violencia. Editorial El Colegio de México. México, D.F. 2000 423 pags.

Frühling, Hugo y Soseph S. Tulchin. Crimen y volencia en América Latina. Traductores Eva Zimerman y Javier Escobar. Editorial Fondo de Cultura Económica. Colombia, 2005 330 pags.

García-Pelayo y Gross, Ramón. Pequeño Larousse Ilustrado. Ediciones Larousse, S.A. México, FD. México 1993

Genovés, Santiago. Expedición a la violencia. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México. Fondo de Cultura Económica. México. 1993 293 pags.

Herman, Judith. Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia. Editorial Espasa Calpes, S.A. España, 2004 378 pags.

Lino Palacios, Gerardo Heinze. Trastorno por estrés postraumático: una revisan del Tema (Primera Parte) Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México. 2002

Matute Rodríguez, Arturo e Iván García Santiago .Informe estadístico de la violencia en Guatemala. Programa de Seguridad Ciudadana y Prevención de la Violencia del PNUD. Magna Terra Editores, S.A. Guatemala. Diciembre 2007

Perren-Kingler, Gisela. Debriefing, modelos y aplicaciones. De la historia traumática al relato integrado. Edición Española, 2003 Instituto Psychotrauma. Suiza.

May Rollo et alt. Miedo y Sociedad. Editorial Escuela, Argentina 1996. 126 pags.

Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Director de la Edición Española Juan J. López-Ibor Aliño. Editorial Masson, España 2005

E-grafías

Cazabat, Eduardo y Costa, E: Stress, la sal de la vida? En Cámera, M et al (Ed) Avances en medicina Ambulatoria 2011. Pags. Bs. As. Sociedad Argentina de Medicina.

Directorio de diccionarios generales y especializados de español e inglés. www.tododiccionarios.com/drae.html 2011

www.psicothema.com Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático María José Báguena Puigcerver. Universidad de Valencia 2011

Revista Chilena de neuro-psiquiatria. Version On-line ISSN0717-9227 cesarcar@mi-mail.cl Trastorno por estrés postraumático : Aspectos clínicos. César Carbajal 2012

U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health http://www.nlm.nih.gov/ 2001

www.alemana.cl/ 2011

http:hospitalsanjuandediosguatemala.com/infogeneral.shtml 2011

centros-psicotecnicos.es/ 2012

Sitio de internet disponible en : http:www.nlm.gov/ 2011

ANEXOS

Tabla 1
Puntaje global
Prueba de Davidson por Paciente
Estrés Post-Traumático en Pacientes que
Sufren Violencia

	Preguntas	**Puntaje**				
		0	1	2	3	4
1	¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	6	4	2	6	2
2	¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	11	3	3	2	1
3	¿Ha sentido que el acontecimiento está ocurriendo de nuevo? Como si lo estuviera reviviendo?	13	1	2	2	2
4	¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	15	1	2	2	0
5	¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)	15	2	1	1	1
6	¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	10	2	5	0	3
7	¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	14	2	2	0	2
8	¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	13	2	2	3	0
9	¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	14	1	1	0	1
10	¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	17	1	0	0	2
11	¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	11	3	1	3	2
12	¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	16	1	0	0	0
13	¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	14	2	2	0	2
14	¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	11	2	2	2	3
15	¿Ha tenido problemas de concentración?	12	2	3	3	1
16	¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?	13	1	2	2	2
17	¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	12	1	2	3	2

Puntaje: 0: Nunca; 1: a veces; 2: 2 a 3 veces; 3: 4 a 6 veces y 4: a diario.

Fuente: Prueba de Davidson, aplicada en el Hospital General San Juan de Dios. Guatemala 2011

TABLA 2

CASOS

CASO	Edad	Sexo	Escolaridad/ocupación	Religión	Estado civil	Causa de hospitalización	Tiempo de estar hospitalizado
1.G A	19	M	5to Bachillerato	Católica	Soltero	Herido con arma de fuego (pierna y abdomen)	1 semana
2 .E L C R	19	M	Bachiller programación Instalador de tabla yeso	Cristiano	Unido	Herido con arma de fuego en el muslo derecho Factura del fémur	2 semanas
3. E A P	20	M	1 Básico Vendedor de perfumes	Cristiano Católico	Unido	Herido con arma de fuego Brazo izquierdo y cuello	1 semanas
4 .M A M	20	M	3º Básico “Brocha”	Cristiano	Soltero	Herido con arma de fuego en la parte superior derecho del pulmón	2 semana
5. JA A	21	M	6to primaria Albañil	Católico	Soltero	Herido con arma de fuego en el muslo derecho	2 semanas
6. C H	21	M	1ro Básico Ayudante de camioneta	católico	Unido	Herido con arma de fuego en la espalda	5 días
7. A N M	24	M	Segundo primaria panificador	Evangélico	Unido	Herido con arma blanca en la pierna derecha	1 semana
8. RC	27	M	Bachiller en Computación/desempleado	Católico	Soltero	Herido con arma blanca en la espalda	3 días
9. N A T	28	M	6to primaria Comerciante	Cristiano	Unido	Herido con arma blanca en el hombro y el vientre	3 días

10. W R S	28	M	2do Básico Electricista	Cristiano	Unido	Herido con arma blanca en el lado izquierdo de la cara	9 meses
11. G AC E	35	M	1ro Básico vendedor en una paca	Evangélica	Soltero	Herido con arma blanca en los dos brazos	2 meses
12. A C B	50	M	Bachillerato/Construcción	Católico	Soltero	Herido con arma de fuego en las piernas	1 mes
13. R C D	65	M	1ro Básico/jubilado	Católica	Unido	Presión en la garganta con arma blanca	1 mes
14. W E. L	25	M	No tiene estudios Chofer de camioneta	Sin religión	Unido	Herido con arma de fuego en el estomago, Costilla y el ojo izquierdo	1 semana
15. M A H	18	M	Sin studios	Sin religión	Soltero	Herido con arma de fuego en la pierna y mano derecha	1 semana
16 .R Y T	36	M	Sin estudios Campesino	Católico	Soltero	Herido con un machete en la cabeza, la cara, el brazo izquierdo	1 mes
17.J L C C	27	M	Sin escolaridad Pone adoquín	Cristiano	Unido	Herido con arma de fuego. La bala entro por la espalda dañando los riñones	2 semanas
18. E P	19	F	Diversificado/secretaria	Sin religión	Unidas	Herida con arma blanca en la pierna izquierda y en la parte baja del abdomen	2 días
19. S R	26	F	6to primaria Ama de casa	Cristiana	Unida	Herida con arma de fuego en el abdomen	4 días
20. M O	33	F	Ama de casa Sin estudios	Carismática	Unidas	Herida con arma de fuego en la pierna	5 días

TABLA 3

ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS)

FRECUENCIA HOMBRES/MUJERES

	PREGUNTAS	0	1	2	3	4
1	¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	6	4	2	6	2
2	¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	11	3	3	2	1
3	¿Ha sentido que el acontecimiento está ocurriendo de nuevo? Como si lo estuviera reviviendo?	13	1	2	2	2
4	¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	15	1	2	2	0
5	¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)	15	2	1	1	1
6	¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	10	2	5	0	3
7	¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	14	2	2	0	2
8	¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	13	2	2	3	0
9	¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	14	1	1	0	1
10	¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	17	1	0	0	2
11	¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	11	3	1	3	2
12	¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	16	1	0	0	0
13	¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	14	2	2	0	2
14	¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	11	2	2	2	3
15	¿Ha tenido problemas de concentración?	12	2	3	3	1
16	¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?	13	1	2	2	2
17	¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	12	1	2	3	2

TABLA 4

GRAVEDAD HOMBRES/MUJERES

	PREGUNTAS	0	1	2	3	4
1	¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	7	3	2	6	2
2	¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	10	3	3	2	1
3	¿Ha sentido que el acontecimiento está ocurriendo de nuevo? Como si lo estuviera reviviendo?	13	1	2	2	2
4	¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	15	1	2	2	0
5	¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)	15	2	1	1	1
6	¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	11	2	4	0	3
7	¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	15	1	2	0	2
8	¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	13	2	2	3	0
9	¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	17	1	1	0	1
10	¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	17	1	0	0	2
11	¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	11	3	1	3	2
12	¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	19	1	0	0	0
13	¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	14	2	2	0	2
14	¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	12	2	1	2	3
15	¿Ha tenido problemas de concentración?	13	2	3	1	1
16	¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?	12	2	2	2	2
17	¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	12	1	2	3	2

TABLA 5

FRECUENCIA GRUPO DE HOMBRES

	PREGUNTAS	0	1	2	3	4
1	¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	4	2	2	4	2
2	¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	7	2	2	2	1
3	¿Ha sentido que el acontecimiento está ocurriendo de nuevo? Como si lo estuviera reviviendo?	9	0	0	3	1
4	¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	11	1	1	1	0
5	¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)	11	2	1	1	2
6	¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	7	1	3	0	3
7	¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	11	1	0	0	2
8	¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	7	2	2	2	1
9	¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	12	1	0	0	1
10	¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	11	1	0	0	2
11	¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	9	1	0	3	1
12	¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	13	1	0	0	0
13	¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	10	0	2	0	2
14	¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	7	1	1	2	3
15	¿Ha tenido problemas de concentración?	8	1	3	1	1
16	¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?	8	0	1	3	2
17	¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	8	0	0	3	3

TABLA 6

GRAVEDAD GRUPO DE HOMBRES

	PREGUNTAS	0	1	2	3	4
1	¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	7	1	4	2	0
2	¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	9	2	2	1	0
3	¿Ha sentido que el acontecimiento está ocurriendo de nuevo? Como si lo estuviera reviviendo?	9	3	1	1	0
4	¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	12	2	1	0	0
5	¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)	9	2	1	2	0
6	¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	8	3	1	2	0
7	¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	12	0	0	2	0
8	¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	10	3	1	0	0
9	¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	12	1	1	0	0
10	¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	12	0	0	1	1
11	¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	9	1	2	2	0
12	¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	13	1	0	0	0
13	¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	10	2	0	2	0
14	¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	8	2	1	3	0
15	¿Ha tenido problemas de concentración?	9	3	1	1	0
16	¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?	8	1	3	2	0
17	¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	9	0	2	3	0

TABLA 7

FRECUENCIA GRUPO DE MUJERES

	PREGUNTAS	0	1	2	3	4
1	¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?		1		2	
2	¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	1	1		1	
3	¿Ha sentido que el acontecimiento está ocurriendo de nuevo? Como si lo estuviera reviviendo?	1			1	1
4	¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	1		1	1	
5	¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)	3				
6	¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	1		2		
7	¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	2		1		
8	¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	3				
9	¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	2	1			
10	¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	3				
11	¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	1		1	1	
12	¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	3				
13	¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	1	2			
14	¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	2	1			
15	¿Ha tenido problemas de concentración?	2	1			
16	¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?	1	1	1		
17	¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	1	1	1		

TABLA 8

GRAVEDAD GRUPO DE MUJERES

	PREGUNTAS	0	1	2	3	4
1	¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	1	2			
2	¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	2	1			
3	¿Ha sentido que el acontecimiento está ocurriendo de nuevo? Como si lo estuviera reviviendo?	1	1	1		
4	¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	1	1	1		
5	¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)	3				
6	¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	1	2			
7	¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?2	2	1			
8	¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	3				
9	¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	3				
10	¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	3				
11	¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	2	1			
12	¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	3				
13	¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	3				
14	¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	3				
15	¿Ha tenido problemas de concentración?	3				
16	¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?	2	1			
17	¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	2	1			

TABLA 9

ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS)

TOTAL RESULTADOS POR PERSONA

	Nombre paciente	TOTAL FRECUENCIA	TOTAL GRAVEDAD
1	G A	1	0
2	ELC R	15	6
3	E A P	43	29
4	M A M	12	8
5	J A A	42	29
6	C H	8	5
7	ANM	0	0
8	RC	23	17
9	N A T	9	3
10	W R S	14	10
11	G A C E	31	20
12	A C B	7	4
13	R C D	25	16
14	W E. L	6	4
15	J L C C	6	2
16	M A H	2	0
17	R Y T	32	30
18	P O	17	5
19	S R	14	8
20	M O	12	5