

**Universidad Católica de Santa María**

**“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”**

***Facultad de Medicina Humana***

***Programa Profesional de Medicina Humana***



**PROYECTO DE INVESTIGACION**

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y  
COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS  
MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

**Proyecto de Investigación presentado por:**

**ALBERTH COILA MIRANDA**

**Para optar el título profesional de:**

**MÉDICO CIRUJANO**

***AREQUIPA – PERU***

**2014**

## DEDICATORIAS

Con cariño dedico esta investigación. A Dios por haber concedido un sueño. A mis queridos padres Eleuterio Coila Quispe y Valeriana Miranda de Coila, quienes con su esfuerzo y sacrificio han sabido guiarme por el sendero del bien y la superación. A mis hermanos por su comprensión y apoyo constante. A mi Hijo Rafael Andre; razón suprema de mi existencia por quien luché todos los días por ser mejor. A mis Amigos y Compañeros por el afán mutuo de superación.

Alberth Coila Miranda

### EPIGRAFE

La libertad de buscar y decir la verdad es un elemento esencial de la comunicación humana, no sólo en relación con los hechos y la información, sino también y especialmente sobre la naturaleza y destino de la persona humana, respecto a la sociedad y el bien común, respecto a nuestra relación con Dios.

JUAN PABLO II

## INDICE GENERAL

Portada	1
Dedicatorias	2
Epígrafe	3
Resumen	5
Abstract	7
Introducción	9
Capítulo I Material y Métodos	10
Capitulo II Resultados	12
Capitulo III Discusión y comentario	37
Capitulo IV Conclusiones y Recomendaciones	45
Bibliografía	48
Anexos	49

## RESUMEN

### 1. Enunciado del problema:

¿Cuál es la frecuencia de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica que acuden al centro de emergencia mujer y comisaria de mujeres en la ciudad de Arequipa entre los meses de marzo a abril del 2014?

### 2. Nivel de Investigación:

Es un estudio de investigación tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

### 3. Objetivo general:

Determinar la frecuencia del estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica que acuden al centro de emergencia mujer y comisaria de mujeres en la ciudad de Arequipa entre los meses de marzo a abril del 2014

### 4. Resultados

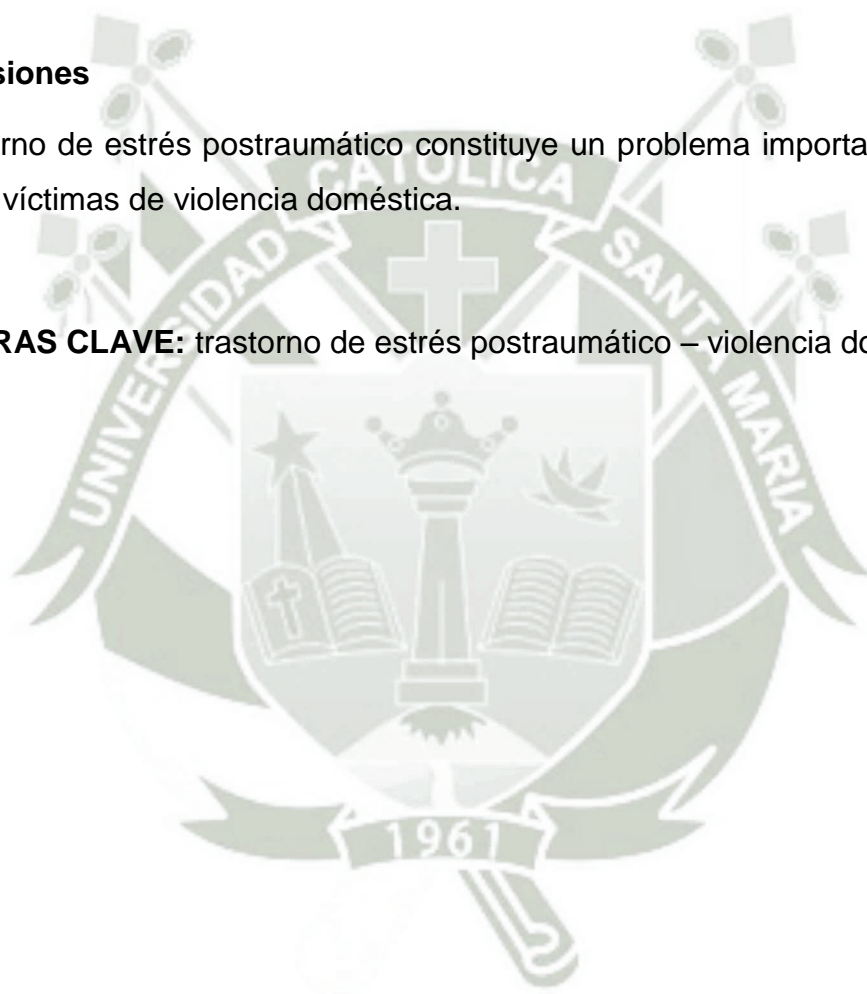
La muestra estuvo constituida por 62 mujeres víctimas que acudieron al centro de emergencia mujer y comisaria de mujeres en la ciudad de Arequipa entre los meses marzo a abril del 2014. Se encontró que en su mayoría tenían edades comprendidas entre 25 a 44 años (77.3%). El 67.7% eran de procedencia urbana y el 32.3% eran de procedencia rural. En su mayoría tenían instrucción, secundaria (51.7%). En su mayoría eran casadas o convivían con el agresor, casadas (41.9%), convivientes (33.8%). Se encontró que la frecuencia de violencia física fue del 17.7%, de violencia psicológica fue del 22.5%, además se encontró que el 43.5% sufrió violencia física y psicológica a la vez, y el 16.3% sufrió violencia física psicológica y además sexual. Se encontró que la Duración de la violencia era menor a 1 años hasta mayor de 5 años, en su mayoría había vivido la violencia 2 años (29%). Se encontró que las conductas consideradas como violencia psicológica en su mayoría fueron insultos (92%), gritos (87.1%), y en las conductas consideradas como violencia física en su mayoría fue pateada (96.8%), golpeada con cachetadas (91.4%). Se encontró que sufrían violencia domestica de 1 hasta mas 10 veces por mes, en su mayoría sufrió violencia 1-2 veces por mes (43.5%). También se encontró que todas las mujeres ya habían denunciado alguna vez la violencia doméstica, Se

encontró que la frecuencia del trastorno de estrés postraumático estuvo presente en 28/62 casos (45.2%). De los cuales se presentó; en su forma aguda en el 25%; en su forma crónica en el 17.8%; en su forma De inicio moderado agudo en el 7.1%; en su forma De inicio moderado crónico en el 3.5%; en su forma Sub síndrome se presentó en un 46.5%. También se encontró que la frecuencia de los síntomas de re experimentación fue del 28.5%, los síntomas de evitación fue del 39.2%, los síntomas de activación fue del 32.3%.

### **Conclusiones**

El trastorno de estrés postraumático constituye un problema importante en las mujeres víctimas de violencia doméstica.

**PALABRAS CLAVE:** trastorno de estrés postraumático – violencia doméstica.



## ABSTRACT

### 1. Statement of the problem:

What is the frequency of Post-traumatic Stress Disorder in female victims of domestic violence who come to the emergency center woman and curator of women in the city of Arequipa in the months of March- April 2014?

### 2. Level Research:

It is a descriptive study, prospective and cross-sectional research.

### 3. Aim:

To determine the frequency of Post-traumatic Stress Disorder in female victims of domestic violence who come to the emergency center woman and curator of women in the city of Arequipa between March and April 2014

### 4. Results

The sample consisted of 62 women victims who came to the emergency center woman and curator of women in the city of Arequipa in the months March to April 2014. Was found that the majority were aged between 25-44 years (77.3 %). 67.7 % were from urban areas and 32.3% were of rural origin. Mostly had instruction secondary (51.7%). Most of them were married or lived with the offender, married (41.9 %), cohabiting (33.8 %). We found that the frequency of physical violence was 17.7 %, psychological violence was 22.5%, also found that 43.5 % suffered physical and psychological violence at a time, and 16.3% suffered physical violence and psychological sexual addition. We found that the duration of the violence was less than 1 year to more than 5 years; most violence had lived 2 years (29%). Behaviors were found to consider as psychological violence were mostly insults (92%) , yelling (87.1%) , and behaviors considered physical violence was mostly kicked (96.8%) , beaten with slapping (91.4%). Found to be experiencing domestic violence from 1 to 10 times more per month, mostly violence suffered 1-2 times per month (43.5%). We also found that all women had once denounced domestic violence; found that the frequency of The Post-traumatic Stress Disorder was 45.2%. Of which it was filed; in its acute form in 25% ; in its chronic form in 17.8% ; in form from moderate acute onset in 7.1%; on your way home from chronic moderate in

3.5%; in its Sub form syndrome occurred in 46.5%. We also found that the frequency of re experimentation symptoms was 28.5%, avoidance symptoms was 39.2%, the symptoms of activation was 32.3%.

### **Conclusions**

The Post-traumatic Stress Disorder is a major problem in female victims of domestic violence.

KEYWORDS: Post-traumatic Stress Disorder - domestic violence



## INTRODUCCION

La violencia contra la mujer en la relación de pareja es una problemática social y de salud que afecta gravemente a quienes la sufren, Paradojalmente, el hogar constituye el espacio donde las mujeres experimentan mayor riesgo de vivir situaciones de violencia, particularmente por parte de sus parejas o ex parejas (se empleará el concepto de violencia doméstica para referirse a este fenómeno). (1)

Las secuelas físicas y psicológicas de la violencia doméstica son numerosas. Las primeras oscilan desde lesiones menores, moretones, síndromes de dolor crónico, fibromialgia, fracturas, hasta la pérdida de la vida. En el plano psicológico, la violencia puede generar problemas de autoestima, sentimientos de vergüenza, culpabilidad, y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de diversos trastornos como trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastornos depresivos, de ansiedad, alimentarios, del sueño, disociativos, disfunciones sexuales y abuso de sustancias (2). Diversas investigaciones señalan que el TEPT es el trastorno más frecuentemente desarrollado por las víctimas de violencia doméstica. Se estima que la prevalencia de TEPT en víctimas de violencia doméstica oscila en torno al 60%, aunque prácticamente el 100% de ellas presenta algún tipo de sintomatología postraumática (3) (4).

La presente investigación tiene como objetivo caracterizar una muestra de mujeres consultantes que participan de programas de intervención en violencia doméstica en nuestro país. En particular, se buscara cuantificar la presencia de estrés postraumático que aparece como una problemática relevante en este grupo de consultantes.



**CAPITULO I**  
**MATERIAL Y METODOS**

## **CAPITULO I**

### **MATERIAL Y METODOS**

#### **1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.**

**La técnica:** mediante la recopilación y recolección de la información, observación directa

**El instrumento:** ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (5).

#### **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

##### **2.1 Ubicación espacial:**

Mujeres sometidas a violencia familiar de las DEMUNAS, centro de emergencia mujer y comisaria de mujeres,

##### **2.2 Ubicación temporal:**

El presente trabajo se llevara a cabo durante los meses de marzo y abril, Arequipa 2014

##### **2.3 Unidades de estudio:**

Mujeres sometidas a violencia familiar que acuden a centro de emergencia mujer y comisaria de mujeres.

##### **2.4 Universo o población:**

Todas las mujeres sometidas a violencia familiar que acuden a centro de emergencia mujer y comisaria de mujeres en la ciudad de Arequipa en el periodo de estudio.



**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y  
COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS  
MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

Tabla 1

Distribución de pacientes según edad

Edad (años)	Nº	%
15-24	03	4.8
25-34	22	35.4
35-44	26	41.9
45-54	06	9.6
55-64	03	4.8
65 a más	02	3.5
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

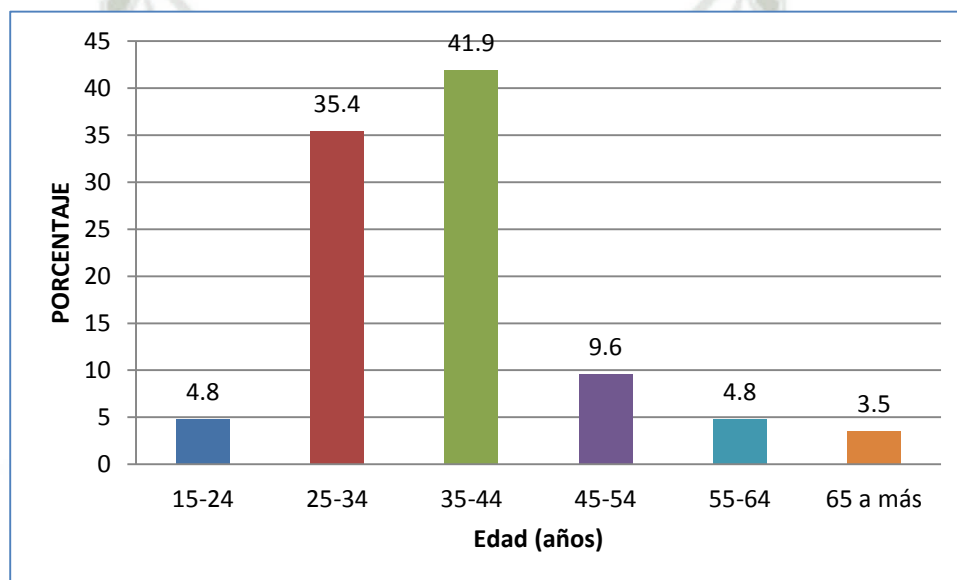
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

La **tabla y grafico 1** se observa que la mayor cantidad de mujeres que han sido víctimas de violencia domestica oscila entre 25-44 años (77.3%).

## ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014

Grafico 1

Distribución de pacientes según edad.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y  
COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS  
MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

Tabla 2

Distribución de pacientes según lugar de procedencia

Lugar de procedencia	Nº	%
Urbano	42	67.7
Rural	20	32.3
Total	62	100

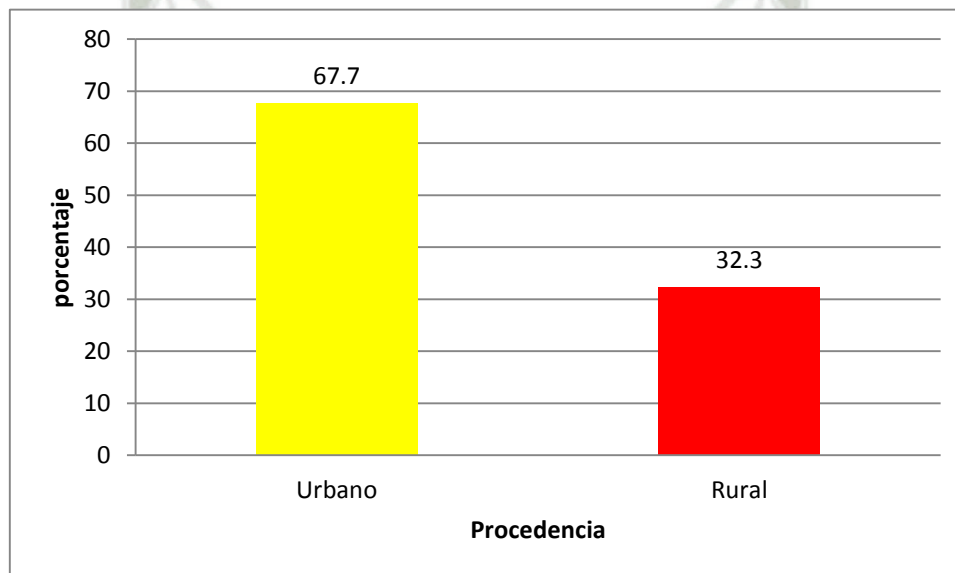
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

La **tabla y grafico 2** se observa que la mayor cantidad de pacientes fueron de procedencia urbana (67.7%).

**STRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y  
COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS  
MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

Grafico 2

Distribución de pacientes según lugar de procedencia



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y  
COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS  
MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

Tabla 3

Distribución de pacientes según grado de instrucción.

Grado de instrucción	Nº	%
Primaria	16	25.8
Secundaria	32	51.7
Técnico	11	17.7
Superior	03	4.8
Total	62	100

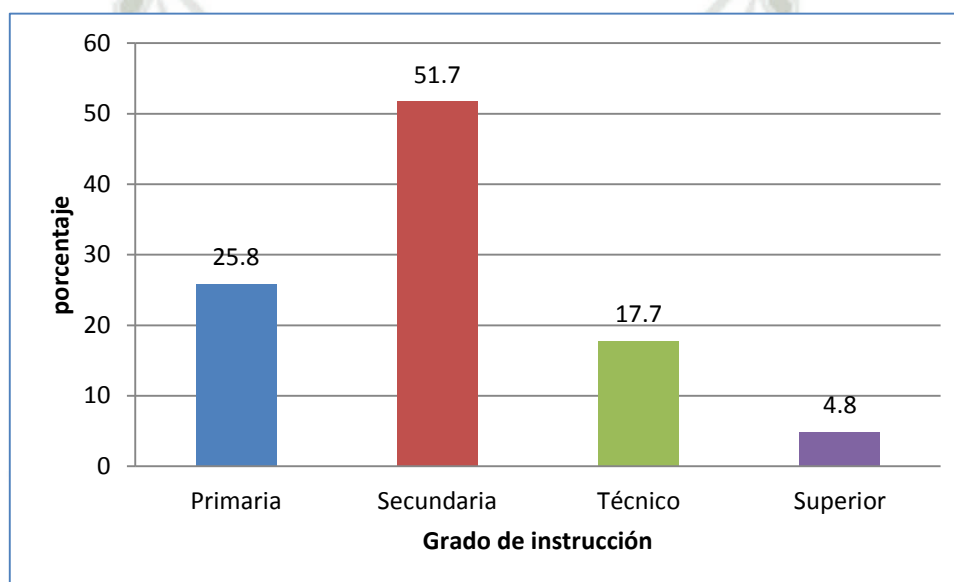
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

La **tabla y grafico 3** se observa que la mayor cantidad de mujeres tenían grado de instrucción secundaria (51.7%).

## ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014

Grafico 3

Distribución de pacientes según grado de instrucción



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y  
COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS  
MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

Tabla 4

Distribución de pacientes según Estado civil

Estado civil	Nº	%
Soltera	14	22.5
Casada	26	41.9
Conviviente	21	33.8
Viuda	01	1.7
Total	62	100

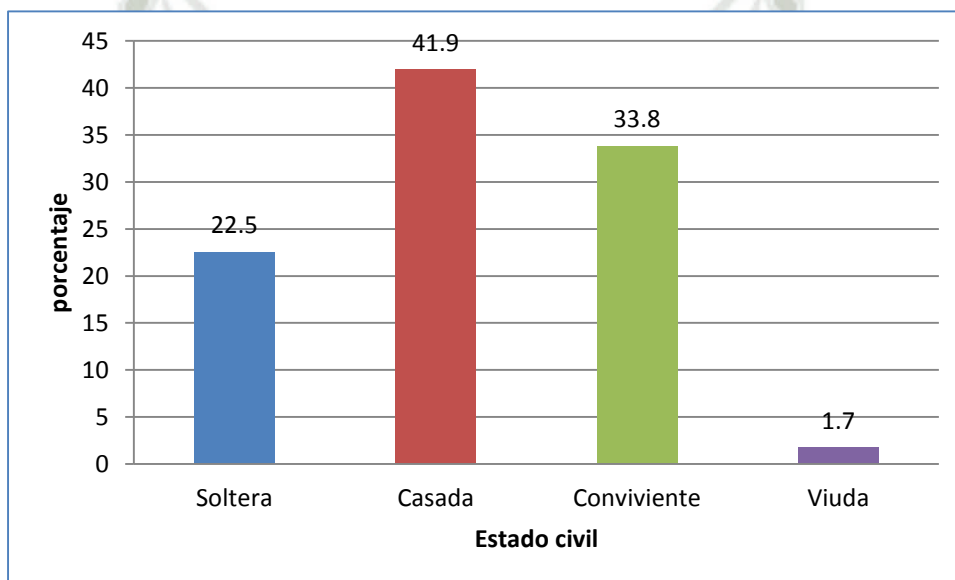
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

En la **tabla y grafico 4** Se observa que la mayor cantidad de mujeres maltratadas eran casadas (41.9%) o convivientes (33.8%).

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y  
COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS  
MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

Grafico 4

Distribución de pacientes según Estado civil



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

Tabla 5

Distribución de pacientes según Tipo de violencia doméstica.

Tipo de violencia	Nº	%
Física	11	17.7
Psicológica	14	22.5
Física y psicológica	27	43.5
Física, psicológica y sexual	10	16.3
Total	62	100

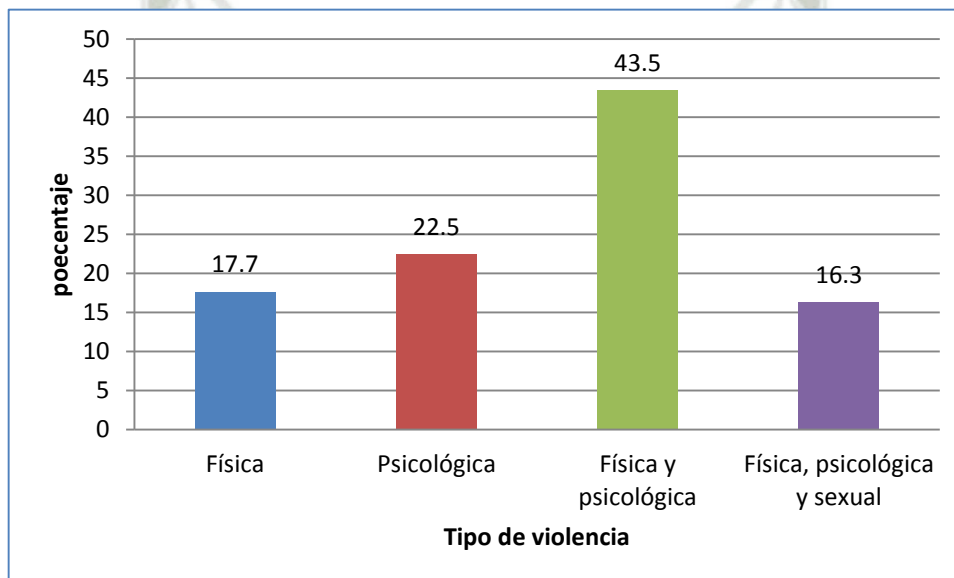
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

En la **tabla y gráfico 5** se demuestra que la mayoría pacientes fueron víctimas de violencia física y psicológica (43.5%).

## ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014

Grafico 5

Distribución de pacientes según Tipo de violencia doméstica.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y  
COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS  
MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

Tabla 6

Distribución de pacientes según Duración de la violencia doméstica.

Duración de la violencia (años)	Nº	%
Menor de 1	04	6.4
1	11	17.7
2	18	29.0
3	12	19.3
4	09	14.5
5	05	8.0
Mayor de 5	03	5.1
Total	62	100

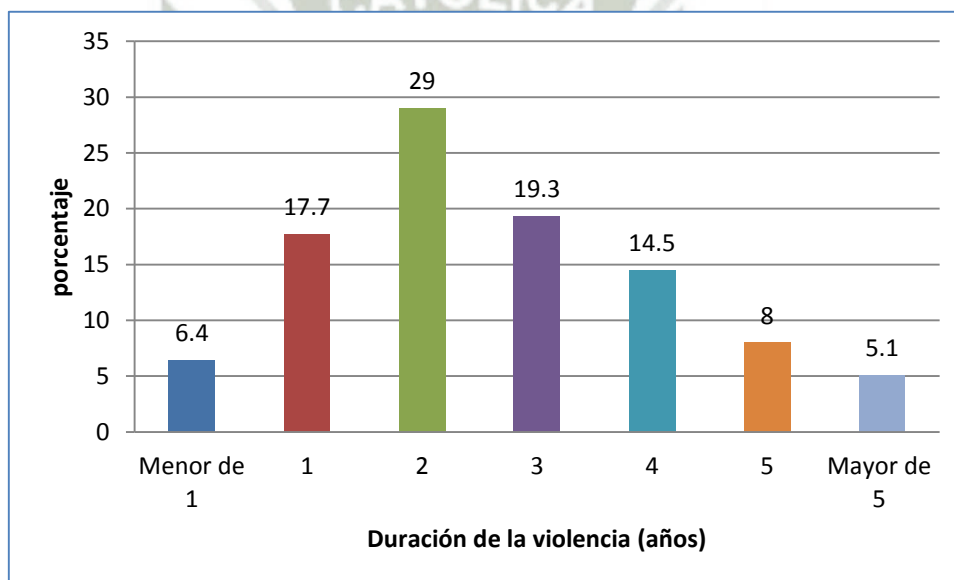
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

La **tabla y grafico 6** se demuestra que la gran mayoría de pacientes ha vivido la violencia por un periodo de 2-3 años.

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

Grafico 6

Distribución de pacientes según Duración de la violencia doméstica.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y  
COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS  
MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

Tabla 7

Distribución de pacientes según conductas de violencia física y psicológica

Violencia psicológica	Ausencia		Presencia	
	Nº	%	Nº	%
Grito	08	12.9	54	87.1
Insulto	05	08	57	92
Descalificaciones frente a otros	18	29	44	71
Prohibir que salga	23	37	39	73
Amenazar con golpear	21	33.8	41	66.2
Romper objetos intencionalmente	12	19.5	50	80.5
Violencia física	Ausencia		Presencia	
	Nº	%	Nº	%
Lanzar objetos	07	11.2	55	88.8
Empujar/samaquear	06	9.6	56	91.4

Pegar cachetadas	04	6.4	58	93.6
Patear	02	3.2	60	96.8
Golpear con objetos	11	17.7	51	82.3
Obligar a tener relaciones	17	27.4	45	72.6
Quemar	36	58	26	42
Amenazar con arma	44	70.9	18	29.1
Agredir con arma	42	67.7	20	22.3

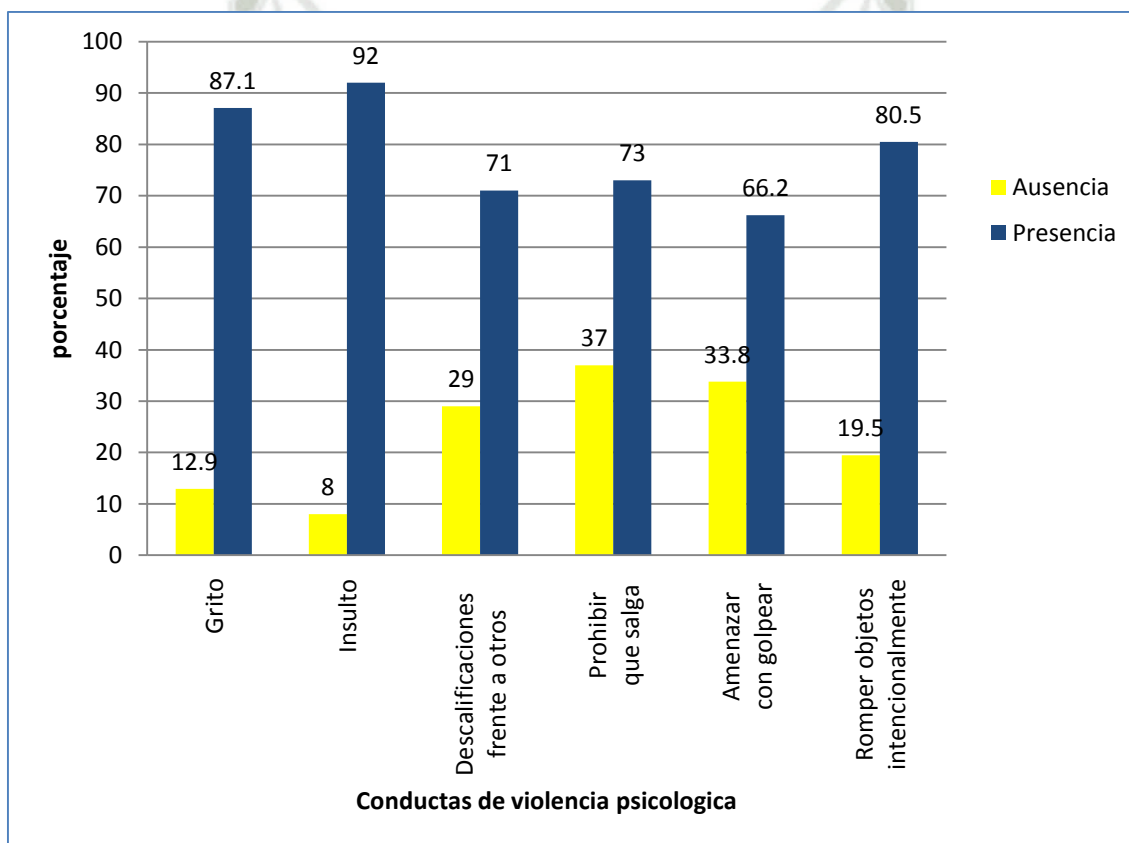
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

En la **tabla y grafico 7** la gran mayoría reporta haber sido víctimas de insulto (92%), seguido por gritos y romper objetos intencionalmente con un porcentaje de ocurrencia de 87.1% y un 80.5% respectivamente. Respecto a las conductas consideradas como violencia física se observa que un 96.8% de las mujeres ha sido pateada, mientras que a un 93.6% le han pegado cachetadas y a un 91.4% de los casos le han empujado.

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

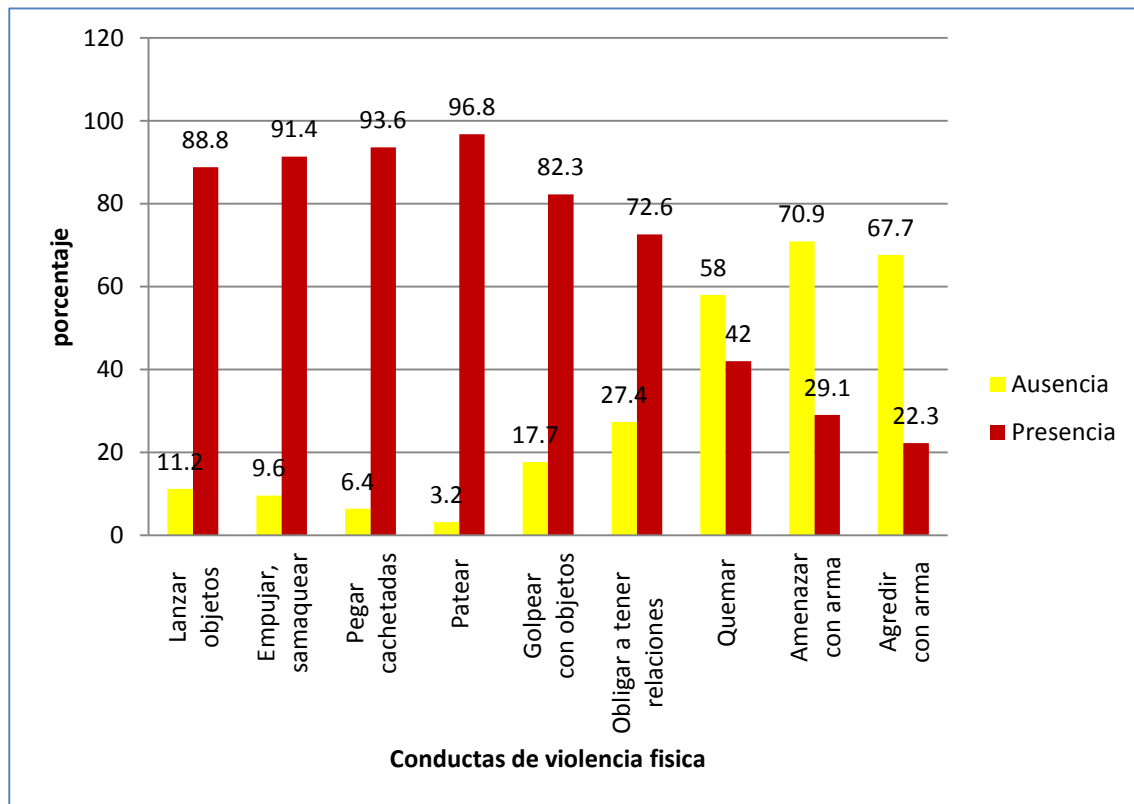
Grafico 7

Distribución de pacientes según conductas de violencia psicológica



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

Distribución de pacientes según conductas de violencia física



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

Tabla 8

Distribución de pacientes según frecuencia de Violencia domestica por mes.

Frecuencia de la violencia domestica por mes	N°	%
1-2	27	43.5
3-4	17	27.4
5-6	09	14.5
7-8	05	08.0
9 a mas	04	06.6
Total	62	100

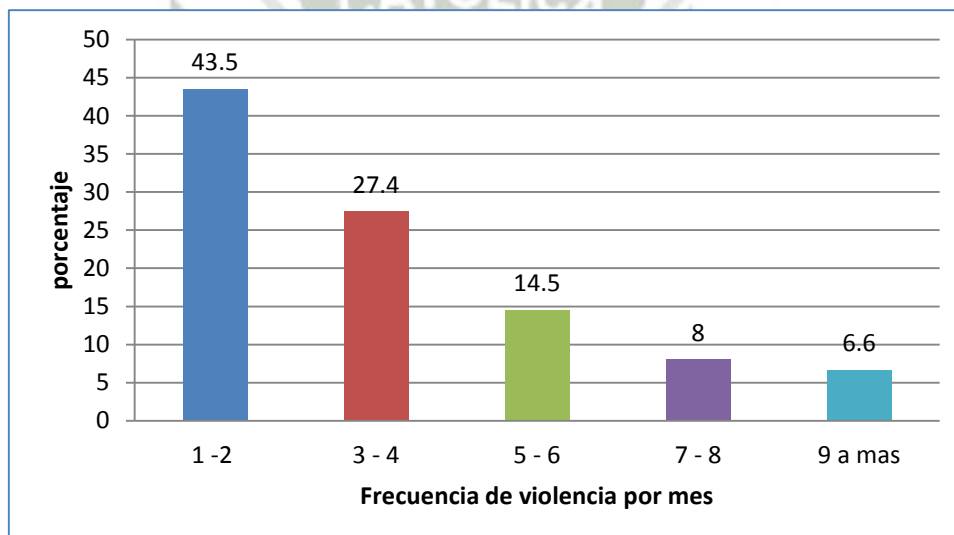
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

En la **tabla y grafico 8** se observa que la mayoría de mujeres ha sufrido violencia 1-2 veces por mes (43.5%), seguido por 3-4 veces por mes (27.4%).

## ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014

Grafico 8

Distribución de pacientes según frecuencia de Violencia domestica por mes.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y  
COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS  
MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

Tabla 9

Distribución de pacientes según veces que ha denunciado la violencia doméstica.

Número de veces denunciada la violencia	N°	%
1-2	32	51.6
3-4	20	32.2
5-6	10	16.2
total	62	100

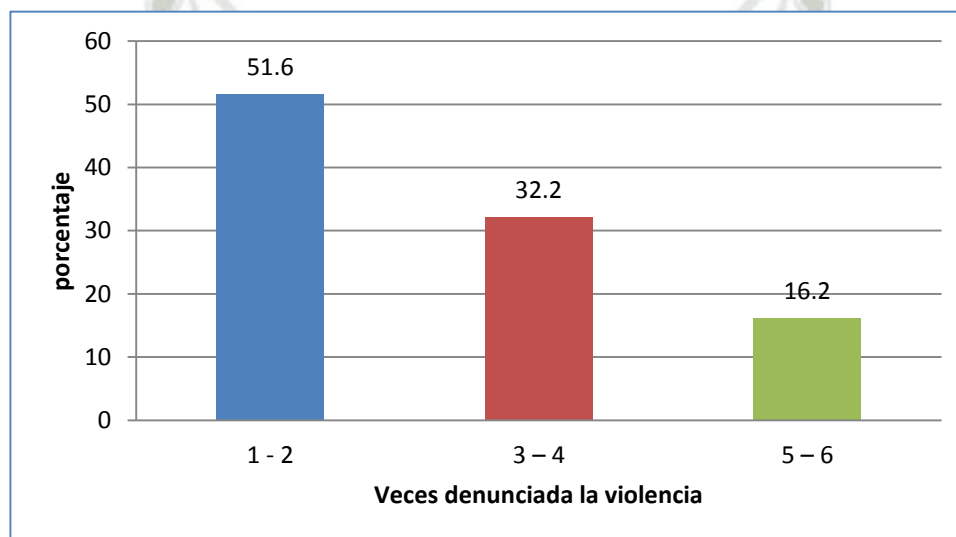
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

En la **tabla y grafico 9** se observa que el 51.6 % de mujeres ha denunciado la violencia 1-2 veces.

## ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014

Grafico 9

Distribución de pacientes según veces que ha denunciado la violencia doméstica.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y  
COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS  
MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

**Tabla 10**

Distribución de pacientes según Escala de Gravedad de Síntomas del  
Trastorno de Estrés Postraumático

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático	Ausencia		Presencia	
	Nº	%	Nº	%
Re experimentación	34	100	08	28.5
Evitación	34	100	11	39.2
Activación	34	100	09	32.3
Total	34	100	28	62/100

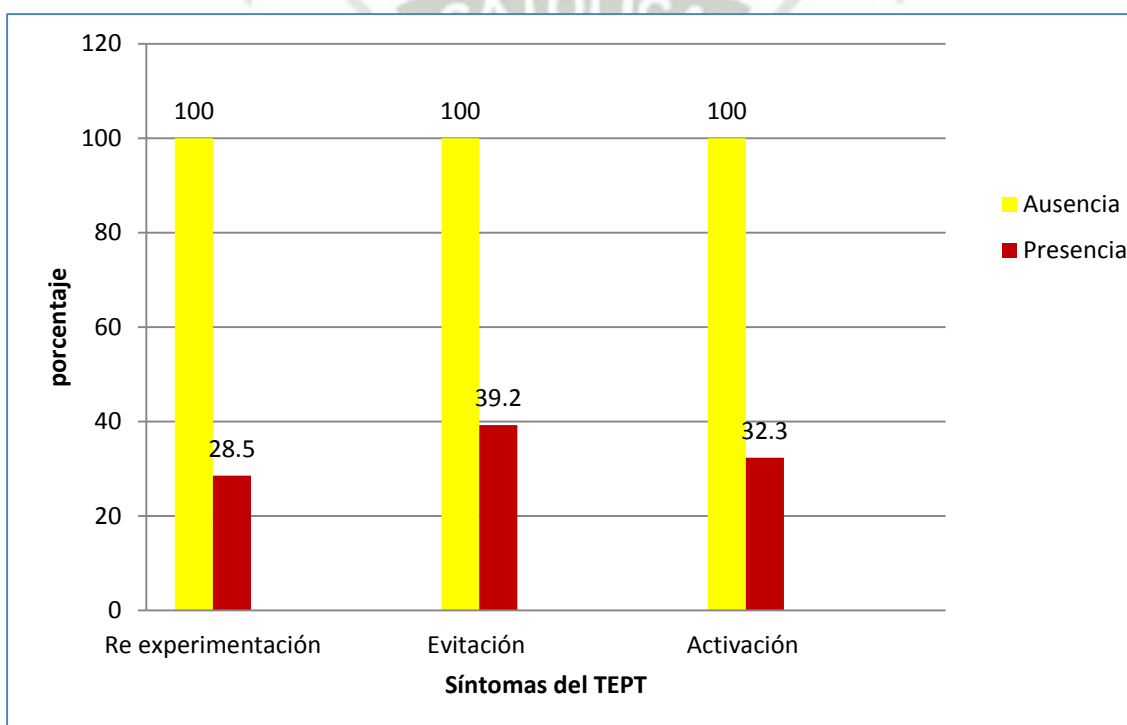
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

En la **tabla y grafico 10** se observa que los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático se presentan casi similares, los síntomas de re experimentación se presenta en un 28,5%, los síntomas evitación en un 39.2% y los síntomas de activación en un 32.3%.

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y  
COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS  
MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

**Grafico 10**

Distribución de participantes según Escala de Gravedad de Síntomas del  
Trastorno de Estrés Posttraumático



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y  
COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS  
MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

Tabla 11

Distribución de pacientes según presencia de trastorno por estrés  
postraumático

Estrés post traumático	Ausencia		Presencia	
	Nº	%	Nº	%
Agudo	34	100	07	25
Crónico	34	100	05	17.8
De inicio moderado agudo	34	100	02	7.1
De inicio moderado crónico	34	100	01	3.5
<b>Total stress post traumático</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>53.4</b>
Sub síndrome	34	100	13	46.6
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

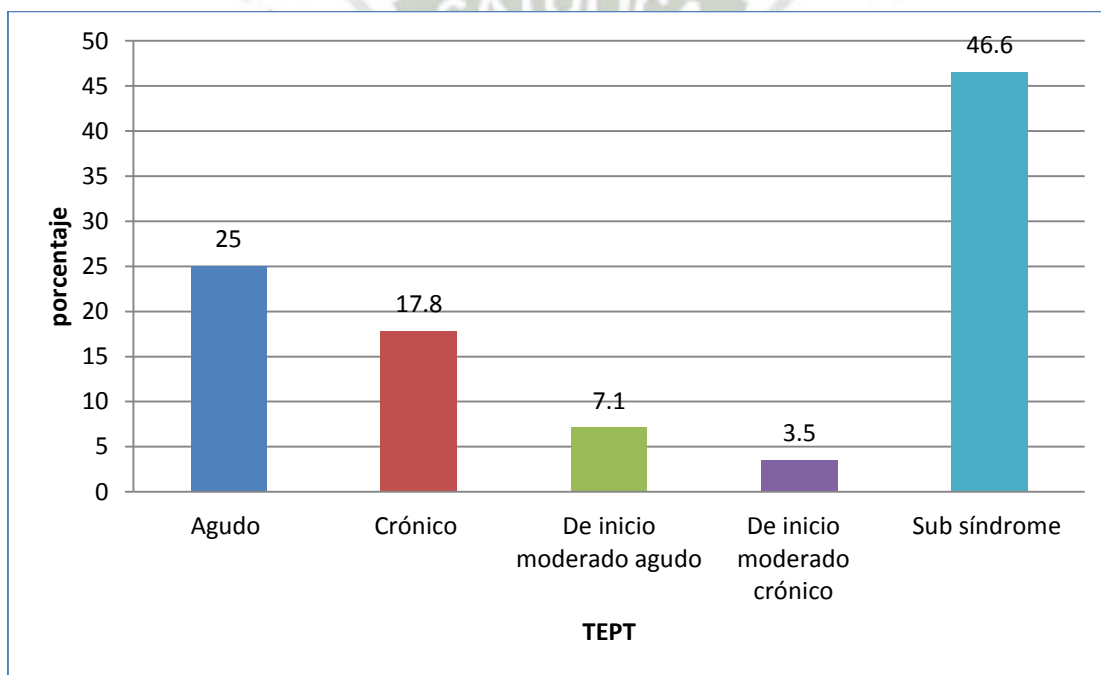
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta

En la **tabla y grafico 11** se observa que 28 pacientes cumplieron criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, de los cuales el 25% se presentó en su forma aguda y el 46.6% se presentó en su forma de sub síndrome.

## ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014

Grafico 11

Distribución de pacientes según presencia de trastorno por estrés  
postraumático



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta



La muestra estudiada, sólo considera a mujeres que han demandado ayuda, y no se sabe si se asemeja a la mayoría de las mujeres víctimas de violencia. Pero esta limitación es sólo aparente: la ayuda debe centrarse en responder a las mujeres víctimas de violencia que la demandan. También es importante saber por qué muchas no lo hacen, pero ese objetivo no es el del presente trabajo.

En La **tabla y grafico 1** muestra la población según edad, se encontró que un 4.8% tenía edades comprendidas entre 15-24 años, un 35.4% tenía edades comprendidas entre 25-34 años, un 41.9% tenía edades comprendidas entre 35-44 años, un 9.6% tenía edades comprendidas entre 45-54 años, un 4.8% tenía edades comprendidas entre 55-64 años, un 3.5% tenía de 65 a más años. Con un predominio entre la edades de 25-44 años (77.3%). En un estudio (5) el rango de edad de las participantes de la muestra osciló entre 26 y 77 años, con una media de 48,5 años (DS = 11,4); en otro estudio (6) la media de edad de las participantes es de 35 años con un rango que va desde los 16 a los 57 años. Si se tiene en cuenta que el 74% de la muestra no supera los 40 años de edad, se puede afirmar que las víctimas son mujeres jóvenes; en comparación a la variable edad se tiene que las muestras son similares entre sí, pues refieren a las edades que generalmente tienen una vida en familia. En otro estudio (7) las diferencias por grupo de edad permiten reconocer que las más jóvenes son menos propensas a experimentar algún tipo de agresión, con una tasa de 41%, mientras que las que se encuentran entre los dos rangos de edad mayores de 25 años tienen una probabilidad del 50%.

La **tabla y grafico 2** muestra la población según lugar de procedencia, se encontró que un 67.7% eran de procedencia urbana y un 32.3% eran de procedencia rural. En un estudio (7), las mujeres que residen en ámbitos urbanos y rurales no muestran diferencias significativas, probablemente por la existencia de subreporte de las mujeres rurales, quienes tienen más reparos en contar sus problemas familiares por temor a la censura social. Sin embargo, es menos probable que exista subreporte sobre la victimización de la madre de la entrevistada al tratarse de un hecho independiente de su actual relación de

pareja. Así, al analizar la prevalencia de violencia física sobre las madres, se observa que el 49% de las que nacieron en un ámbito rural fue victimizada, en comparación al 42% de las que lo hicieron en zonas urbanas.

La **tabla y grafico 3** muestra la población según el Grado de instrucción, se encontró que un 25.8% tenían educación primaria, un 51.7% tenían educación secundaria, un 17.7% tenían educación técnica, y un 4.8% tenían educación superior. Con un predominio del nivel secundario; lo que se corrobora con otro estudio (8) en donde se observó un porcentaje similar respecto al nivel educacional de las participantes, un 44% de ellas presentaba estudios primarios y un 42% presentaba estudios secundarios. En otro estudio (7) las mujeres que alcanzaron algún nivel de educación superior también son menos propensas a ser víctimas de maltratos (la tasa es de 43%), en comparación con las menos educadas, entre las que no se registran diferencias significativas por haber recibido solo educación primaria o haber accedido a la secundaria

En la **tabla y grafico 4** muestra la población según Estado civil, se encontró que 22.5% eran solteras, un 41.9% eran casadas, un 33.8% eran convivientes, y un 1.7% eran viudas; con un predominio de casadas y convivientes; en un estudio (9) encontró un porcentaje similar, un 42,9% estaba casada o convivía con el agresor, un 38,1% era separada o divorciada, 9,5% de las participantes era soltera, y un 9,5% de ellas era viuda; en otro estudio (4) se encontró que el 44% está casada o convive con su pareja, 22% se encuentra soltera y 34% se encuentra separada o divorciada. En otro estudio (7) se encontró que Las mujeres consideradas divorciadas o separadas son las que afirman, en mayor proporción, haber sido maltratadas alguna vez por su última pareja: un 65% reportó haber sido víctima de violencia psicológica, un 61% de violencia física, un 27% de sexual y un alarmante 75% de al menos uno de estos tipos

En la **tabla y grafico 5** muestra la población según el Tipo de violencia, se encontró que un 17.7% de mujeres fueron víctimas de violencia física; un 22.5% fueron víctimas de violencia psicológica, un 43.5% fueron víctimas de

violencia física y psicológica y un 16.3% fueron víctimas de violencia física, psicológica y sexual con un predominio de la violencia Física y psicológica. En un estudio (1) se encontraron porcentajes similares un 24% de las participantes ha vivido violencia psicológica; un 64%, violencia física y psicológica y un 8%, violencia física, psicológica y sexual. Además hay una participante (2%) que ha vivido un episodio aislado de violencia física y otra que ha padecido violencia psicológica y sexual (2%). Es decir, la gran mayoría de las participantes en esta investigación ha padecido violencia física (74%) y sólo una pequeña parte ha recibido exclusivamente violencia psicológica (24%), sin embargo, todas las participantes han desarrollado trastorno de estrés postraumático, lo que refleja la existencia de episodios de maltrato intenso en el que han visto amenazada su integridad personal, independiente del tipo de violencia doméstica experimentada.

En La **tabla y grafico 6** muestra la población según la Duración de la violencia; se encuentra que el 6.4% ha vivido la violencia menor a 1 año; el 17.7% ha vivido la violencia 1 año; el 29% ha vivido la violencia 2 años; el 19.3% ha vivido la violencia 3 años; el 14.5% ha vivido la violencia 4 años; el 8% ha vivido la violencia 5 años; y que el 5.1% ha vivido la violencia mayor a 5 años. Con un predominio del tiempo de duración de 2 años. En un estudio (1) el 42,9% de las participantes ha experimentado la situación de violencia doméstica por 20 años o más, encontrándose una duración media de 20,6 años con una desviación estándar de 13,8. Esta media fluctúa en un rango de 1 mes a 60 años y el 33,3% la ha experimentado entre 10 y 20 años, 14,3% entre 5 y 10 años; mientras que el 9,6% entre 0 y 5 años. En otro estudio (4) la duración media de la violencia doméstica, en años, es de 7.53, si bien la desviación típica indica una gran variabilidad (6.69.), al observar la distribución de frecuencias en esta variable, se aprecia que se trata de un problema de larga duración, la gran mayoría de las participantes ha vivido la violencia por un período superior a dos años (82%) y casi la mitad de la muestra, por un período superior a seis años (46%).

En la **tabla y grafico 7** muestra la población según conductas de violencia física y psicológica. Respecto a las conductas consideradas como violencia psicológica la gran mayoría de mujeres reporta haber sido víctimas de insultos (92%), seguido por gritos (87.1%), romper objetos intencionalmente (80.5%), prohibir que salga (73%), descalificaciones frente a otros (71%), amenazar con golpear (66.2%). Respecto a las conductas consideradas como violencia física se observa que un 96.8% ha sido pateada, un 93.6% ha sido pegada con cachetadas, un 91.4% ha sido empujada, un 88.8% ha sido lanzada con objetos, un 72.6% ha sido obligada a tener relaciones sexuales, un 42 % ha sufrido algún grado de quemadura, un 29.1% ha sido amenaza con un arma, un 22.3% ha sido agredida con un arma. En un estudio (1) se encontró que las conductas consideradas como violencia psicológica, son experimentadas por un elevado porcentaje de mujeres al menos una vez por mes. La gran mayoría de ellas reporta haber sido víctima de insultos (97,6%), seguido por los gritos y descalificaciones frente a otros con un porcentaje de ocurrencia de 92,9% y un 88,1% respectivamente. Respecto a las conductas consideradas como violencia física leve se observa que un 85,7% de las mujeres ha sido empujada o zamarreada, mientras que a un 78,6% le han pegado cachetadas, y a un 54,8% de los casos le han lanzado un objeto y que un 81,0% ha sido obligada a tener relaciones sexuales. Las conductas que siguen en frecuencia son patear o morder y golpear con un objeto, ambas con un 42,9% de ocurrencia en la historia de la relación. La conducta de quemar (16,7%) fue la que obtuvo el menor porcentaje de ocurrencia.

En la **tabla y grafico 8** muestra la población según frecuencia de violencia por mes; se encontró que un 43.5% de mujeres sufrió violencia 1-2 veces por mes; un 27.4% sufrió violencia 3-4 veces; un 14.5% sufrió violencia 5-6 veces; un 8% sufrió violencia 7-8 veces, y un 6.6% sufrió violencia 9 a más veces. Con un predominio de la violencia 1-2 veces y de 3-4 veces. En un estudio (4) se encontró que si a la duración de la violencia se suma la frecuencia del mismo en el último mes de convivencia, se puede entender las devastadoras consecuencias que tiene para las víctimas; el 52% de ellas ha padecido

violencia doméstica a diario y un 38% estima que su frecuencia era de dos a tres veces por semana.

En la **tabla y grafico 9** muestra la población según veces denunciada la violencia, se encontró que el 100% ya había denunciado alguna vez la violencia; además se encontró que un 51.6% ha denunciado la violencia 1-2 veces, un 32.7% ha denunciado 3-4 veces, y un 16.2% ha denunciado 5-6 veces. Con un predominio de denuncias de 1-2 veces y de 3-4 veces. En un estudio (4) encontraron el 72% de las participantes había denunciado la situación de malos tratos en que se encontraba, con una media de 2.92 denuncias.

En la **tabla y grafico 10** muestra la población de pacientes según la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático, donde los síntomas de re experimentación, evitación y activación estuvo ausente en 34, y los síntomas de reexperimentación, evitación y activación estuvo presente en 28, encontrándose que los síntomas de re experimentación estuvo presente en 28.5%; los síntomas de re evitación estuvo presente en el 39.2%; y los síntomas de activación estuvo presente en 32.3%; con una presentación casi similar en sus tres formas de sintomatología, en un estudio (4) más del 75% de la muestra presentaba: 1) Síntomas de reexperimentación: a) Recuerdos intrusivos (86%), b) Malestar psicológico intenso al recordar el trauma (94%), y c) Malestar fisiológico al recordar el trauma (78%); 2) Síntomas de evitación: a) Evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso traumático (86%), y b) Pérdida de interés en actividades significativas (78%); 3) Síntomas de aumento de la activación: a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño (76%), y b) Hipervigilancia (82%). Asimismo, son dos los síntomas de evitación que se dan con menor frecuencia en las participantes: a) Incapacidad para recordar algún aspecto importante del suceso traumático, presente sólo en el 18% de la muestra, y b) Sensación de futuro desolador, que se da en un 38% de las participantes.

En la **tabla y grafico 11** muestra la población según presencia del trastorno de estrés postraumático se encontró que estuvo presente en 28 casos de los cuales se presentó; en su forma aguda en el 25%; en su forma crónica en el 17.8%; en su forma De inicio moderado agudo en el 7.1%; en su forma De inicio moderado crónico en el 3.5%; haciendo un Total de trastorno por estrés postraumático de 53.4%; en su forma Sub síndrome se presentó en un 46.6%; con un predominio del stress post traumático y muy cercano el Sub síndrome, además se encontró que estuvo ausente en 34 casos. En un estudio (1) encontraron que un 66,7% de la muestra presentaba sintomatología de estrés postraumático. Un 40,5% presentaba TEPT y un 26,2% reunía los criterios de subsíndrome de estrés postraumático. La forma de TEPT más frecuentemente observada fue la de TEPT crónico. En otro estudio (2) respecto a la frecuencia y severidad de la presencia de estrés postraumático en mujeres consultantes víctimas de violencia doméstica, se presenta en un alto porcentaje de las mujeres entrevistadas (66,7%) presenta sintomatología postraumática en alguna de sus formas, siendo el TEPT crónico el que obtiene el mayor porcentaje (21,4%); el 26,2% de la muestra cumplía con criterios para subsíndrome de estrés postraumático. Así, se corrobora la idea de que vivir violencia doméstica está asociado al desarrollo de sintomatología postraumática en la mayoría de las víctimas. Además, las investigaciones indican que este tipo de sintomatología requiere de estrategias y técnicas específicas de tratamiento. A pesar que la totalidad de la muestra estaba compuesta por mujeres consultantes por violencia doméstica, la alta prevalencia de sintomatología postraumática indica que las intervenciones destinadas a atenderlas no están siendo suficientemente efectivas en este ámbito.

La Encuesta de Comorbilidad Nacional (National Comorbidity Survey, NCS) llevada a cabo por Kessler et al (10). Es probablemente el mejor estudio epidemiológico de TEP realizado en población norteamericana. La muestra estuvo constituida por 5.877 personas de entre 15 y 54 años de 48 estados norteamericanos. Se empleó una versión modificada de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI). La prevalencia de vida estimada del TEP, según criterios DSM-III-R, en la muestra total fue de 7.8%, con una

prevalencia más de dos veces mayor para las mujeres que para los hombres (10.4% versus 5%).





**CAPITULO IV**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

1. La frecuencia de violencia psicológica fue del 22.5%, de violencia física fue del 17.7%, de violencia física y psicológica fue del 43.5% y de violencia física, psicológica y sexual fue del 16.3%.
2. La frecuencia de trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica estuvo presente en 28/62 casos (45.2%).
3. La frecuencia de síntomas de re experimentación fue del 28.5%, síntomas de evitación fue del 39.2%, y síntomas de activación fue del 32.3%.
4. Las mujeres víctimas de violencia domestica eran sobre todo adultas jóvenes, de procedencia urbana, con grado de instrucción secundaria, que eran casadas o convivían con el agresor, además de haber vivido la violencia 2 años (29%) y sufrir la violencia 1-2 veces por mes (43.5%)
5. Todas las mujeres ya habían denunciado la violencia alguna vez.

## RECOMENDACIONES

1. El estado debe poner énfasis en la brevedad de atender a las mujeres víctimas de violencia familiar con un programa terapéutico que les permitiera readaptarse rápidamente a sus vidas.
2. El ministerio de salud realizar un guía de diagnóstico y tratamiento de estrés postraumático para realizar un abordaje terapéutico manera central y desde el comienzo de la intervención, es muy beneficioso para este tipo de víctimas, aun cuando no sólo presenten el trastorno, sino también depresión u otros problemas
3. La DEMUNA debe realizar estudios sobre la violencia doméstica y sus repercusiones en la víctima.
4. Recomendar a las escuelas superiores la realización de estudios sobre violencia doméstica y sus consecuencias en la víctima.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aguirre P, Cova F, Domarchi M, Garrido C, Mundaca I, Rincón P. Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Rev. chil. neuro-psiquiatria*. 2010; 48(2): p. 114-122.
2. Labrador F, Rincon P, Estupiña F, Alonso E, Lignon S. Violencia doméstica e intervención psicológica. *Guía del Psicólogo*. 2007; 266: p. 5-7.
3. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of family violence*. 1999; 14(2): p. 99-132.
4. Rincón P, Labrador F. Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención. Unpublished doctoral thesis: Universidad Complutense Spain. 2003.
5. Echeburúa E, Corral P, Amor P, Zubizarreta I, Sarasúa B. Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1997; 23: p. 503-26.
6. Foa E, Rothbaum B, Riggs D, Murdock T. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991; 59(5): p. 715-723.
7. Mora Ruiz C. Madres e hijas maltratadas: La transmisión intergeneracional de la violencia doméstica en el Perú Lima: Impresiones y Ediciones Arteta E.I.R.L.; 2013.
8. Larraín S. Violencia de género: Un debate pendiente. Santiago de Chile: Catalonia; 2008.
9. Sarasúa B, Zubizarreta I, Echeburúa E, De Corral P. Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*. 2007; 19: p. 459-66.
10. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995; 52: p. 1048-1060.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**PROYECTO DE INVESTIGACION**

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y  
COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS  
MESES DE MARZO A ABRIL DEL 2014**

**Proyecto de Investigación presentado por:  
ALBERTH COILA MIRANDA**

**Para Optar el Título Profesional de:  
MÉDICO CIRUJANO**

**AREQUIPA - PERÚ**

**2014**

## I. PREAMBULO

La violencia contra la mujer en la relación de pareja es una problemática social y de salud que afecta gravemente a quienes la sufren. Paradojalmente, el hogar constituye el espacio donde las mujeres experimentan mayor riesgo de vivir situaciones de violencia, particularmente por parte de sus parejas o ex parejas (se empleará el concepto de violencia doméstica para referirse a este fenómeno) (1).

Las secuelas físicas y psicológicas de la violencia doméstica son numerosas. Las primeras oscilan desde lesiones menores, moretones, síndromes de dolor crónico, fibromialgia, fracturas, hasta la pérdida de la vida. En el plano psicológico, la violencia puede generar problemas de autoestima, sentimientos de vergüenza, culpabilidad, y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de diversos trastornos como trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastornos depresivos, de ansiedad, alimentarios, del sueño, disociativos, disfunciones sexuales y abuso de sustancias (2). Diversas investigaciones señalan que el TEPT es el trastorno más frecuentemente desarrollado por las víctimas de violencia doméstica. Se estima que la prevalencia de TEPT en víctimas de violencia doméstica oscila en torno al 60%, aunque prácticamente el 100% de ellas presenta algún tipo de sintomatología postraumática (3).

La presente investigación tiene como objetivo caracterizar una muestra de mujeres consultantes que participan de programas de intervención en violencia doméstica en nuestro país. En particular, se buscara cuantificar en qué medida la presencia de estrés postraumático aparecía como una problemática relevante en este grupo de consultantes. Además, se estudiara la percepción de las usuarias respecto de la atención recibida en los programas a que acudían y su valoración de la medida en que estiman que éstos responden a sus necesidades.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### • PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

#### 1.1. Enunciado del problema:

¿Cuál es la frecuencia de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica que acuden al centro de emergencia mujer y comisaria de mujeres en la ciudad de Arequipa entre los meses de marzo a abril del 2014?

#### 1.2. Descripción del problema:

##### 1.2.1.- Área de conocimiento:

**General** : Ciencias de la Salud

**Específica** : Medicina Humana

**Especialidad** : Psiquiatría

**Línea** : Salud publica

##### 1.2.2.- Análisis y Operacionalización de variables:

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	TIPO
Edad	Fecha de Nacimiento	Años	Razón
Género	Caracteres sexuales secundarios	F	Nominal
Lugar de procedencia	Residencia habitual	Urbano/ rural	Nominal
Grado de instrucción		Primaria Secundaria	Nominal

		Técnico Superior	
Estado civil	Condición marital	Soltera Casada Conviviente Viuda	Nominal
<i>Violencia Doméstica</i>	<i>tipo de VD</i>	Física Psicológica	Nominal
	<i>frecuencia de la VD</i>	Veces que éstas se han presentado por mes.	Razón
	<i>duración de la VD</i>	Período de tiempo de las conductas de violencia	Razón
	<i>denuncias por VD</i>	veces denunciadas veces no denunciadas	Razón
<b>Estrés postraumático</b>	<i>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático</i>	Re experimentación Evitación Activación	Nominal

### 1.2.3. Interrogantes básicas:

- a) Cuál es la frecuencia de violencia psicológica en mujeres víctimas de violencia doméstica en la Ciudad de Arequipa 2014?
- b) ¿Cuál es la frecuencia de violencia física en mujeres víctimas de violencia doméstica en la Ciudad de Arequipa 2014?
- c) ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de re-experimentación en mujeres víctimas de violencia doméstica en la Ciudad de Arequipa 2014?
- d) ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de evitación en mujeres víctimas de violencia doméstica en la Ciudad de Arequipa 2014?
- e) ¿Cuál es frecuencia de síntomas activación en mujeres víctimas de violencia doméstica en la Ciudad de Arequipa 2014?

### 1.2.4. Tipo de investigación:

Investigación descriptiva de campo.

### 1.2.5. Nivel de Investigación:

Es un estudio de investigación tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

## 1.3. Justificación

La violencia contra las mujeres no es una novedad de nuestro siglo, sino más bien el resultado histórico de profundas diferencias estructurales arraigadas en la sociedad.

A pesar de las conquistas históricas de la mujer como colectivo el índice de maltrato continúa siendo muy alto. En el año 2009, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (Mimdes) registró 139 casos de feminicidio y 64 tentativas. Lima, Junín y Ayacucho son las regiones con mayor incidencia. Siete de cada diez casos están vinculados a una relación de pareja presente o pasada. La

víctima de feminicidio generalmente es una mujer joven que tiene uno o varios hijos con la persona agresora. El agresor es un varón adulto que expresa celos, descontrol, ansias de dominación, y que tiene antecedentes de ejercer violencia familiar. La modalidad más frecuente de asesinato es el acuchillamiento. (4).

El término violencia o maltrato contra la mujer se define como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (5).

Esta investigación quiere estudiar la violencia que tiene lugar en la vida privada, concretamente en la que ejerce el miembro de la pareja varón contra su compañera mujer. En este ámbito, el privado, hay distintos tipos de maltrato, pero se podría decir que como categorías mutuamente excluyentes hay dos: el físico y el exclusivamente psicológico.

Se puede afirmar que hay maltrato físico si hay “acciones de carácter no accidental que conllevan riesgo o daño para la integridad física de la víctima. Incluye conductas como empujar, pegar, quemar o el uso de armas u otros objetos para agredir a la víctima” (6).

Por otro lado el maltrato psicológico o emocional alude a “acciones no accidentales que conllevan un daño o riesgo para la integridad psíquica de la víctima, en forma de amenaza, insulto, humillación, desprecio, rechazo afectivo, así como bloqueo de las iniciativas de interacción, aislamiento, incomunicación, etc.” (6).

Otros tipos de maltrato que algunos autores consideran y que pueden aparecer conjuntamente con el maltrato psicológico o el físico son: el maltrato sexual y el económico. El primero de ellos se define como “aquellos comportamientos de naturaleza sexual realizados sin consentimiento de la víctima” (6). El segundo, el económico, consiste en “impedir el acceso a la información o el manejo del dinero o de otros bienes económicos. Incluye conductas tales como el chantaje económico, el control absoluto de los ingresos, impedir el acceso a un puesto de trabajo o el impago de pensiones alimenticias” (6).

En la mayoría de los casos el maltrato no se limita a un episodio aislado, sino que más bien se trata de un proceso largo que tiene graves consecuencias para la salud física y mental de la mujer y que, en no pocas ocasiones, como ya se ha comentado, termina con la muerte. De entre todas las consecuencias que conlleva para la salud mental se pueden destacar como las más frecuentes: la depresión, la ansiedad, la baja autoestima y el estrés postraumático (7). De todas ellas este estudio se va a centrar en el trastorno de estrés postraumático (TEPT) por sus implicaciones sobre la salud psicosocial de la mujer maltratada.

Igualmente se recoge como necesario el aumento de la intervención clínica ya que se observa cómo se mantienen a largo plazo los síntomas de re-experimentación, evitación y de activación. Ello requeriría de una mejor coordinación entre el sistema público de salud y el sistema de servicios sociales con el fin de garantizar una actuación integral.

Todo ello sin olvidar que el elemento central del problema no es la mujer, la víctima de maltrato, sino una sociedad con estructuras y valores desiguales en la que la prevención y la educación son una potente herramienta de cambio. Una que se castiga al maltratador pero con el que no se interviene, salvo contadas excepciones, olvidando el potencial de rehabilitación y garantizando por ende, casi con seguridad, la reincidencia. Una sociedad que tiene la obligación de intervenir con hijos/as de maltratadores y maltratadas para evitar la reproducción de modelos aprendidos.

Por todo esto es la importancia de abordar este tema es de carácter científico y de factibilidad realizarlo a que existe en nuestro medio, institución donde albergan estos casos y mi deseo de contribuir con este trabajo en un aporte más a la sociedad sobre esta problemática actual en medicina pública.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. VIOLENCIA DOMÉSTICA

La violencia doméstica es un problema social de gran magnitud, motivo, en la actualidad, de una importante alarma en la comunidad internacional. Su elevada incidencia, sus consecuencias negativas, tanto físicas como psicológicas, para las víctimas y sus familiares, y la gravedad de los hechos que entraña, hace que constituya una seria violación a los derechos humanos.

Sin embargo, con frecuencia es un problema al que se le resta importancia considerando que es algo “raro” o “anormal”, en términos de norma estadística, es decir, poco usual, y que los pocos casos que se dan, pertenecen al ámbito de lo estrictamente personal o privado. De ahí que sean comunes posturas de inhibición o falta de atención ante él, como si bastara con no darle importancia para que por sí mismo se redujera. La realidad es otra, en la medida en que se ignora que este problema existe, cómo se da y en qué consiste, se puede llegar a ser cómplice, por acción u omisión, de una situación que causa un inmenso sufrimiento a las personas que la padecen.

#### 2.1.1 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Las definiciones de violencia doméstica son múltiples y varían según diversos criterios.

En primer lugar, según la forma en que se entienda el problema. Tradicionalmente, han existido dos grandes corrientes dentro del estudio de la violencia doméstica. Por una parte, aquella conocida como *Perspectiva de Violencia de Familia*, que como su nombre indica, se centra en las distintas formas de violencia que pueden darse entre los miembros de una familia, y por otra, aquella conocida como *Perspectiva Feminista*, cuyo objeto de estudio es la violencia perpetrada contra la mujer por el hombre maltratador (8). Estas dos perspectivas han dado lugar a definiciones muy distintas de la violencia doméstica.

En la misma línea se encuentran las diferencias derivadas del hecho de que desde diversas disciplinas se trabaja en este tema, y cada especialidad fija la significación de la violencia doméstica según su propio punto de vista y utilizando los términos que le son más comunes. Así, los vocablos empleados y las definiciones usadas en derecho, psicología, sociología y trabajo social, varían considerablemente y aportan distintos matices al tema de estudio.

Asimismo, las definiciones de lo que es violencia doméstica dependen del sujeto en el que se pone el acento: Si en la víctima o en el victimario. Cuando se define violencia doméstica desde la perspectiva de quien la ejerce, las definiciones suelen apuntar a la intención o a las acciones de esta persona. Por el contrario, cuando se la define desde la óptica de quien resulta afectado por dichos actos, las definiciones aluden al impacto o consecuencias de la violencia en las víctimas (9).

A estas diferencias en el punto de vista utilizado para observar la realidad, se suma el hecho, bien conocido en el quehacer científico o académico, de que los términos empleados para hacer referencia a un fenómeno, cada cierto tiempo requieren ser renovados, ya que:

- a) De tanto ser usados resultan “manoseados” y terminan significando una cosa distinta de la que significaban en su origen,
- b) Se vuelven limitados para dar cuenta de una realidad compleja de la que se tiene cada vez más información, o
- c) Por el contrario, resultan poco precisos para abordar un fenómeno.

De hecho, al revisar las investigaciones acerca de violencia doméstica publicadas en inglés, se encuentran diversas expresiones para identificar la violencia doméstica, además de “domestic violence”, se utiliza: “battered women”, “dating abuse”, “family violence”, “partner abuse”, “violence against women”, “wife abuse”, “woman abuse”, entre otros. En las publicaciones de habla hispana, sucede un poco de lo mismo; se habla indistintamente de abuso doméstico, abuso familiar, maltrato doméstico, mujer maltratada, violencia

conyugal, violencia de género, violencia doméstica, violencia familiar, etc. Si dentro de una lengua las expresiones utilizadas no significan exactamente lo mismo, no es necesario señalar lo que sucede al realizar traducciones.

Lo hasta aquí expuesto no sería más que una reflexión anecdótica, si la carencia de consenso en torno a una definición de violencia doméstica y a los términos utilizados para referir sea ella, no tuviera consecuencias negativas en el avance de este tema de estudio. Las diversas formas de abordar el fenómeno de la violencia doméstica han dado lugar a diferentes líneas de investigación, y consecuentemente, a diferentes resultados en la observación de ella (10).

Del mismo modo, la variedad de términos utilizados en el área, ha ocasionado falta de precisión en las comparaciones entre investigaciones ya sean de una misma disciplina o interdisciplinarias y dificultades para llevar a cabo estudios transculturales (11). Por último, el uso que se hace del lenguaje puede tener profundos efectos en la sociedad, al dirigir la atención hacia ciertos aspectos de la realidad, ignorando otros que pueden ser igualmente necesarios en el desarrollo de políticas sociales e implementación de programas de intervención (10).

Existen dos posibles soluciones a este problema:

- 1) Llegar a una visión consensuada de lo que es la violencia doméstica y de ahí elaborar una definición estándar
- 2) Describir con precisión los hechos, conductas y/o consecuencias a los que se alude al hablar de violencia doméstica.

Dado el estado actual del tema, la primera solución parece difícil y lejana, sobre todo si se considera que algunos investigadores plantean que se está abordando la violencia doméstica como si se tratase de un solo fenómeno, cuando en realidad se trata de fenómenos distintos (10), mientras que otro grupo de estudiosos, plantean que sólo recientemente se ha logrado que las

diversas formas de violencia doméstica sean consideradas como un único campo de estudio (11). Por lo tanto, parece más adecuado revisar lo que organizaciones internacionales entienden por violencia doméstica, para tener una visión de relativo consenso y, luego, hacer una definición precisa de lo que se entenderá por violencia doméstica a lo largo de los diversos capítulos de esta investigación.

Así, un punto de partida para caracterizar la violencia doméstica, puede ser la definición que Naciones Unidas hace de la *violencia contra las mujeres*, en el artículo 1º de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer: “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (5).

Esta definición corresponde a lo que también se conoce como *violencia de género*, sin embargo, cuando la violencia de género es ejercida por el cónyuge o pareja de la víctima, usualmente se denomina *violencia o maltrato conyugal, familiar o doméstico*. No obstante, estas denominaciones no aluden exactamente a lo mismo y la diferencia está en el adjetivo que las define.

Por *conyugal*, se entiende la violencia o malos tratos en una relación de pareja. En un inicio este término sólo era aplicable a una relación matrimonial, pero hoy en día este vocablo parece limitado y es necesario la utilización de otros o del mismo, pero abarcando la extensión de todas las parejas posibles -tanto según el nivel de compromiso contraído públicamente, como en la orientación sexual de sus miembros, es decir, relaciones de noviazgo, convivencia, matrimonio e incluso ex parejas, independientemente de que se trate de parejas heterosexuales u homosexuales.

Por *familiar*, se entiende el maltrato o violencia que se da entre miembros de una misma familia, por lo que se incluye no sólo la violencia conyugal, sino también la violencia que puede darse entre hermanos (escasamente estudiada), el maltrato infantil (desde cualquiera de los progenitores a los hijos) y el maltrato a ancianos (ya sea por familiares o cuidadores).

Por último, por *doméstico* se alude, literalmente, al maltrato o violencia que se da entre personas que comparten un domicilio o morada, tengan o no relación de parentesco. Si bien, al comparar este término con el anterior, parece haberse restringido la definición de maltrato, esta modificación surge desde el ámbito jurídico como una manera de ampliar la definición que se hacía con el adjetivo *familiar*, al permitir incluir en él todos los casos de violencia entre personas que cohabitan en una morada, sin que tenga que existir una relación de parentesco entre ellos (12). Actualmente, cuando se alude a la violencia doméstica entre miembros de una pareja, el hecho de que compartan o no domicilio no es definitorio.

La Unión Europea, apoyándose en las recomendaciones de organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas y el Consejo de Europa, ha elaborado políticas tendientes a solucionar el problema de la violencia contra la mujer, y dentro del mismo, el de la violencia doméstica. Así, en el “Estudio sobre las Medidas Adoptadas, por los Estados Miembros de la Unión Europea, para Luchar contra la Violencia hacia las Mujeres”, llevado a cabo durante la Presidencia Española de la Unión Europea, se presenta una definición de *violencia doméstica* que pretende aglutinar un gran número de definiciones en el área. De este modo, “...se entendería como violencia doméstica aquel tipo de violencia, ya sea, física, sexual y/o psicológica –en este último caso si se produce de forma reiterada– ejercida sobre la/el cónyuge o la persona que está o haya estado ligada al agresor por una relación de afectividad, o sobre aquellos miembros de la familia que forman parte del mismo núcleo de convivencia. En muchos casos, sobre todo en el de la violencia doméstica ejercida sobre las mujeres, ésta tiene lugar porque el agresor está en una posición de dominio permanente sobre la mujer.” (13).

En este mismo estudio, se plantea que cualquier definición de violencia doméstica debe contener los siguientes elementos (13):

- Ejercicio de violencia física, sexual y/o psicológica.

- Practicada por la/el cónyuge o ex-cónyuge, pareja de hecho, ex-pareja o cualquier otra persona con la que la víctima forme o haya formado una unión sentimental o por cualquier otro miembro de la unidad familiar.
- El agresor está en una situación de dominio permanente, en los casos en que la víctima es la mujer.
- Habitualidad en el caso de la violencia psicológica, es decir, reiteración de los actos violentos.

Si bien esta última definición es bastante completa, parece interesante revisar la proposición que hace el grupo de trabajo en Violencia y Familia de la Asociación Americana de Psicología, que define el *abuso y violencia familiar* como: “La variedad de maltrato físico, sexual y emocional, que utiliza un miembro de la familia contra otro”, entendiéndose por *familia* “...la variedad de relaciones, más allá de las de parentesco o matrimonio, en reconocimiento de que dinámicas similares de abuso pueden ocurrir en esas relaciones” (11).

Del mismo modo, este grupo de trabajo, define la *violencia doméstica* como “Un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y psicológico, usado por una persona en una relación íntima contra otra, para ganar poder o para mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre esa persona” (14). Y el *maltrato*, como el “...patrón de abuso físico, sexual o psicológico que se da en relaciones íntimas” (11).

Como puede apreciarse, los términos *familiar* y *doméstico* pueden usarse indistintamente para hablar de este tema y ninguno de los dos se refiere al sentido literal del vocablo, sino que se asume que abarcan todas las relaciones posibles independientes de los lazos de parentesco y de la cohabitación. Con respecto al uso de los términos *violencia*, *maltrato* y *abuso*, parece no haber mayores diferencias en su uso. En lo que respecta a esta investigación se prefiere hablar de violencia doméstica por dos razones: (11).

- a) Hablar de violencia parece dar una imagen más clara de la gravedad del problema en cuestión

b) Al utilizar los vocablos, *violencia* y *doméstica*, se es consistente con los términos actualmente empleados en el ámbito judicial e internacional.

### **2.1.2 TIPOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA**

Aunque el objetivo principal de las conductas de violencia doméstica es conseguir el “control” de las conductas de la víctima, se consideran tres grandes categorías dentro de la violencia doméstica –violencia física, sexual y psicológica- que si bien se interrelacionan constantemente y rara vez se dan de manera aislada (15), es conveniente considerar por separado para realizar una descripción precisa de las conductas a las que se alude al hablar de violencia doméstica.

#### **2.1.2.1 VIOLENCIA O MALTRATO FÍSICO**

Se entiende por maltrato físico, cualquier conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar al organismo de otra persona de modo que encierre riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de dicha conducta (16).

Deben considerarse tanto conductas “activas”, por ejemplo, abofetear, empujar, golpear, escupir, dar puñetazos, patadas, estrangular, utilizar objetos, armas o sustancias químicas con el fin de causar una lesión, etc., como conductas “pasivas”, entre ellas la privación de cuidados médicos durante una enfermedad o lesión (incluidas las lesiones causadas por los malos tratos), o el no aviso intencionado de situaciones de evidente riesgo físico (fallo en los frenos del coche, escape de gas, etc.).

El maltrato físico es el tipo de maltrato más evidente y el que es más fácil de identificar, por eso suele ser al que se da más importancia, tanto en el ámbito personal como en el social. No obstante, suele verse precedido por el maltrato psicológico (17).

#### **2.1.2.2 VIOLENCIA O MALTRATO SEXUAL**

Se entiende por maltrato sexual cualquier intimidación sexual forzada, ya sea por amenazas, intimidación, coacción o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión. Incluye todo tipo de conducta de carácter sexual, no limitándose a la penetración vaginal o anal (15).

Aunque esta categoría en realidad es un tipo de maltrato físico, se suele considerar de forma diferenciada por tener connotaciones muy particulares. Por una parte, por la mayor intimidad asumida para este tipo de comportamientos, y por otra, porque aún muchas personas consideran que es un “deber” u “obligación” realizar conductas sexuales en una relación de pareja, por lo que es poco frecuente que las víctimas estimen que han padecido maltrato sexual, incluso cuando han sido violentamente exigidas por parte de su pareja.

### 2.1.2.3 VIOLENCIA O MALTRATO PSICOLÓGICO

Se entiende por maltrato psicológico, cualquier conducta, física o verbal, activa o pasiva, que atenta contra la integridad emocional de la víctima, en un intento de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento

Humillaciones, descalificaciones o ridiculizaciones, tanto en público como en privado, aislamiento social y económico, amenazas de maltrato a ella o a sus seres queridos, destrucción o daño a propiedades valoradas por la víctima (objetos o animales), amenazas repetidas de divorcio o abandono, etc., son ejemplos de este tipo de maltrato. También lo son la negación de la violencia y la atribución de responsabilidad absoluta a la víctima en los episodios de maltrato.

Este tipo de violencia es más difícil de identificar y evaluar (14) (15), por lo que se sugiere que su severidad sea estimada en función tanto de la frecuencia con la que se da como del impacto subjetivo que supone para la víctima (14). No obstante, sean desarrollado múltiples instrumentos para medirla y existen diversos estudios que demuestran que sus consecuencias son al menos tan perniciosas como las del maltrato físico (17).

En ocasiones se ha considerado como categorías distintas el *maltrato económico o financiero*, que alude al control absoluto de los recursos

económicos de la víctima; el *maltrato estructural*, que se refiere a diferencias y relaciones de poder que generan y legitiman la desigualdad; el *maltrato espiritual*, que alude a la destrucción de las creencias culturales o religiosas de la víctima o a obligarla a que acepte un sistema de creencias determinado; y el *maltrato social*, que se refiere al aislamiento de la víctima, privación de sus relaciones sociales y humillación en éstas. Sin embargo, se prefiere considerar estos tipos de maltrato, como subcategorías del maltrato psicológico, ya que apuntan al control de la mujer a través de la creación de un fuerte sentimiento de desvalorización e indefensión.

### 2.1.3 PATRÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA HACIA LA MUJER

Una vez que se da un episodio de violencia doméstica, lo más probable es que vuelva a repetirse, aunque el tipo de maltrato pueda ser distinto en una y otra ocasión trata de dar cuenta de ello en su “Teoría del ciclo de la violencia” (14), según la cual la violencia doméstica se da en un ciclo que comprende tres fases, que varían en duración e intensidad en una misma pareja y en diferentes parejas.

- a) **Fase de acumulación de tensión:** Esta fase se caracteriza por agresiones psicológicas, cambios repentinos e imprevistos en el estado de ánimo, incidentes “menores” de malos tratos (pequeños golpes, empujones) por parte del agresor hacia la víctima. Ésta, en un intento por calmar a su pareja, tiende a comportarse de forma sumisa o ignora los insultos y descalificaciones de él, minimiza lo sucedido ya que sabe que las acciones de él pueden ser peores, incluso intenta negar los malos tratos, atribuyendo cada incidente aislado a factores externos y no a su pareja –“quizás tiene problemas en el trabajo” o “ha bebido mucho y no sabe lo que hace”-, por lo que si ella espera, las cosas cambiarán y él mejorará su trato hacia ella.

Lamentablemente las cosas no mejoran y, por el contrario empeoran, ya que se da una escalada en esos incidentes “menores” de maltrato.

En el inicio de esta primera fase, ella tiene algo de control sobre lo que sucede, pero en la medida en que la tensión aumenta, lo va perdiendo

rápidamente. El maltratador, debido a la aparente aceptación pasiva que ella hace de su conducta, no intenta controlarse, se cree con derecho a maltratar y constata que es una forma efectiva de conseguir que la mujer se comporte como él desea. Algunas víctimas, en la etapa final de esta fase, comienzan una discusión para controlar dónde y cuándo se va a producir la agresión y así tomar precauciones que permitan minimizar las consecuencias del episodio de maltrato. Ya no pueden soportar por más tiempo el miedo, la rabia y la ansiedad, y saben, por experiencia, que después de la agresión vendrá una fase de calma.

- b) **Fase de explosión, agresión o incidente de maltrato agudo:** Cuando la tensión de la fase anterior llega al límite, se produce la descarga de la misma a través de maltrato psicológico, físico o sexual grave. Esta fase se distingue de la anterior por la ausencia total de control en los actos del maltratador y por la mayor destructividad que entraña. El agresor reconoce que su furia ha sido desmedida y si bien, empieza intentando justificar sus actos, acaba sin comprender qué es lo que ha sucedido, la agresión ha empezado en un intento de darle una lección a la víctima, sin la intención de causarle mayor daño, y ha finalizado cuando él siente que ella ha aprendido la lección, sin embargo, ella ha sido severamente maltratada.

En esta fase se producen los mayores daños físicos en la víctima, que en casos extremos pueden llegar a causarle la muerte. De hecho, es después de este período cuando la mujer busca asistencia médica, lo que ocurre, según la autora, en menos del 50% de los casos.

Esta fase suele ser la más breve de las tres, usualmente dura entre 2 y 24 horas, si bien muchas víctimas han informado haberla vivido durante una semana o más. Cuando acaba, suele verse seguida de un estado inicial de choque, negación e incredulidad sobre lo sucedido.

- c) **Fase de arrepentimiento, reconciliación o luna de miel:** En esta fase no hay tensión ni agresión, el hombre se arrepiente y pide perdón a la víctima, prometiendo que no volverá a suceder. Se comporta de manera

encantadora y amorosa. El maltratador realmente cree que nunca volverá a hacerle daño a la mujer que ama y que será capaz de controlarse, al mismo tiempo, cree que ella ya ha aprendido su lección por lo que no volverá a comportarse de manera “inadecuada” y él no se verá obligado a golpearla.

La mujer le cree e intenta asimilar la situación como una “pérdida de control momentánea” de su pareja que no volverá a repetirse, cree que él será capaz de hacer lo que ha prometido y, asimismo, cree que ella podrá cambiarlo y que las cosas serán mejores en el futuro. Ella elige creer que las conductas que en este momento el agresor manifiesta, son indicativas de lo que él es en realidad y que los comportamientos de las dos fases previas no representan lo que su pareja es.

Lamentablemente, es en este período cuando es más difícil para la mujer tomar la decisión de dejar al agresor y, sin embargo, es también en este momento cuando ella tiene más contacto con personas que pueden ayudarla, ya que tiene más libertad para salir de casa y mantener relaciones sociales.

La duración exacta de esta fase no ha sido determinada, parece ser más larga que la segunda, pero más corta que la primera, no obstante, en algunos casos parece no durar más que un breve momento o ni siquiera se da el arrepentimiento por parte de la pareja y sólo se da un período de no tensión. No parece haber nada que marque el término de esta fase, y bien de forma progresiva, o en algunos casos de forma más abrupta, el ciclo comenzará nuevamente con un nuevo aumento de la tensión.

Según la autora, las mujeres en esta situación suelen no percibir este ciclo y responden a las conductas violentas y amorosas como eventos que ocurren de manera aleatoria en la relación.

A medida que pasa el tiempo las fases empiezan a hacerse más cortas, llegando a momentos en que se pasa de una breve fase de acumulación de la tensión a la fase de explosión y así sucesivamente, sin que medie la fase de arrepentimiento que acaba por desaparecer. En este momento las mujeres

pueden pedir ayuda, reconociendo que están ante un problema para el que necesitan apoyo, más allá de la atención médica inmediata.

Las características del maltrato, el hecho de que se dé de manera repetida e imprevisible, suelen producir respuestas de indefensión y sumisión en la mujer, conductas que tienen, a su vez, el efecto de reforzar el comportamiento agresivo del hombre ayudando a crear un círculo vicioso, o, mejor dicho, una espiral de violencia, pues es frecuente que la intensidad de las conductas violentas se incremente de forma progresiva. Esto es lo que Walker ha denominado *escalada de la violencia*, los episodios de maltrato son cada vez más intensos y peligrosos, es decir, si en un comienzo el agresor se limitaba a dar empujones o una bofetada, con el tiempo son verdaderas palizas caracterizadas por golpes con objetos contundentes o incluso el uso de armas, por lo cual en la medida en que la situación se cronifique, corre cada vez más peligro la vida de la víctima.

Si bien, algunos autores plantean que la violencia doméstica no siempre sigue este patrón de ciclo y escalada (8) (15), ambos conceptos son útiles al caracterizar la violencia doméstica, permitiendo una mayor comprensión del fenómeno.

En lo que se refiere a la escalada de violencia doméstica, falta desarrollar mejores procedimientos para registrar sucesos cronológicamente, de manera que se pueda captar este fenómeno (13).

#### **2.1.4 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA**

La violencia doméstica es la principal causa de reducción en la calidad de vida, daño y muerte para la mujer y tiene serios efectos secundarios para la familia, la comunidad y la economía (11).

En un intento de establecer el impacto real de los efectos de la violencia doméstica sobre la salud individual y sobre la salud pública, se ha adoptado un indicador mixto basado en la pérdida de años de vida saludable (AVISA), es decir, el número de años que se pierden sobre una esperanza de vida teórica basada en las características de la población y de la sociedad concreta. Así, se ha podido determinar el número de pérdidas de años de vida saludable que se

producen como consecuencia de la agresión a la mujer y saber a qué se deben estas pérdidas. En este sentido, la violencia doméstica se sitúa en tercer lugar, tras la diabetes y los problemas de parto. Es decir, el maltrato doméstico es la tercera causa que está provocando más muertes prematuras y más secuelas físicas y psíquicas en las mujeres, por encima de las cardiopatías isquémicas y los accidentes de tráfico (18). Con este mismo enfoque, se ha determinado que los daños físicos suponen el 55% de los AVISA perdidos, mientras que los no físicos, aludiendo a los psicológicos y a la salud reproductora, dan lugar al 45% de pérdidas (18).

Al estudiar las consecuencias que la violencia doméstica tiene en la salud de las víctimas, se desprenden las siguientes conclusiones (19):

- Las consecuencias pueden persistir cuando el maltrato ha desaparecido.
- Mientras más severo es el maltrato, mayor es el impacto en la salud física y mental de las víctimas (20).
- El impacto en el tiempo de diferentes tipos de maltrato y de múltiples episodios de violencia parece ser acumulativo.

#### **2.1.4.1 CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA**

Si bien la violencia doméstica puede tener efectos directos en la salud, también incrementa el riesgo en las víctimas de padecer enfermedades en el futuro (19).

Según el Informe Mundial de Violencia y Salud de la OMS, entre el 40% y el 72% de las mujeres que han experimentado violencia física por parte de sus parejas, resulta lesionada en algún momento de su vida.

Sin embargo, las lesiones no son la consecuencia más común de la violencia doméstica en la salud física, sí lo son los llamados trastornos funcionales, como colon irritable, fibromialgia, trastornos gastrointestinales y síndromes de dolor crónico (19). Otros estudios agregan a estos problemas los siguientes: Daño permanente en las articulaciones, pérdida parcial de audición o visión y disfunciones sexuales (21).

Lamentablemente, la muerte de las víctimas de violencia doméstica es la peor consecuencia de este problema. Estudios de Australia, Canadá, Israel, Sudáfrica y Estados Unidos, muestran que entre un 40% y un 70% de las mujeres asesinadas fue víctima de su marido o novio, frecuentemente en el contexto de relaciones abusivas (19).

En la Unión Europea, las mujeres entre 15 y 44 años tienen más probabilidades de morir o quedar gravemente heridas a causa de la violencia doméstica que por el cáncer, los accidentes de tráfico y la malaria juntos. En el Reino Unido se calcula que muere una mujer cada tres días por causa. En España, se estima que muere una mujer cada 5 días por violencia doméstica (22), y que entre un 20% y un 40% de las mujeres que cometen suicidio cada año, ha sufrido malos tratos por parte de su pareja (18). No obstante, el suicidio o la ideación suicida se retomarán como consecuencia psicológica de la violencia doméstica en el siguiente apartado.

#### **2.1.4.2 CONSECUENCIAS EN LA SALUD MENTAL**

La vivencia de violencia doméstica causa distintas consecuencias psicológicas en sus víctimas. Se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves (18). Los síntomas de mayor frecuencia son ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio (23). Los principales trastornos psicológicos son la depresión y el trastorno de estrés postraumático (11), sin embargo, se ha planteado que las víctimas de maltrato doméstico desarrollan también otros problemas psicopatológicos como los trastornos de ansiedad, trastornos y estados disociativos, intentos de suicidio, trastornos de la alimentación, alcoholismo y drogodependencias (23).

A continuación se revisarán los principales trastornos y problemas psicopatológicos que desarrollan las mujeres víctimas de violencia doméstica a consecuencia de la situación que viven.

##### **2.1.4.2.1 SÍNDROMES ESPECÍFICOS**

### **Síndrome de la Mujer Maltratada**

Este síndrome fue formulado por Walker para describir las secuelas psicológicas de la violencia doméstica.

Su origen se encuentra en la teoría de la indefensión aprendida, reformulada en términos de la depresión humana. El Síndrome de la Mujer Maltratada puede explicar por qué algunas mujeres en esta situación no perciben la existencia de ciertas alternativas que les permitirían protegerse y, por ende, no ponen en práctica dichas opciones (14) (15). Al parecer, las mujeres maltratadas se adaptan a la situación aversiva e incrementan su habilidad para afrontar los estímulos adversos y minimizar el dolor. Presentan distorsiones cognitivas como la minimización, negación o disociación, que les permiten conseguir soportar los incidentes de maltrato agudo (14). Además de estas distorsiones cognitivas, las mujeres maltratadas, pueden cambiar la forma de verse a sí mismas, a los demás y al mundo, y desarrollan la mayoría o todos los síntomas que se presentan en el trastorno de estrés postraumático (TEP), por lo que se ha llegado a considerar que el Síndrome de la Mujer Maltratada sería equivalente a este trastorno (15), o que habría razones de orden político y clínico para utilizar este diagnóstico y no el de Síndrome de la Mujer Maltratada (14).

Sin embargo, quienes plantean la existencia de este síndrome aseguran que es más complejo que el TEPT y que no sólo incluye los síntomas de dicho trastorno, sino también sentimientos de depresión, rabia, culpa, baja autoestima y rencor, y otros problemas como quejas somáticas, disfunciones sexuales, conductas adictivas y problemas para establecer relaciones (por excesiva dependencia o por evitación absoluta de intimidad) (15).

### **Síndrome de Adaptación Paradójica**

Planteado por Montero (2001), es una aplicación del llamado Síndrome de Estocolmo que desarrollan las víctimas de secuestro hacia sus captores, al ámbito de la violencia doméstica. Si bien permite entender por qué las víctimas

de esta violencia permanecen tantos años en esa situación, es más bien una descripción de las progresivas consecuencias psicológicas del maltrato.

Se plantea que el Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica (SAPVD) es un síndrome global, generado como una reacción psicofisiológica y conformado en una serie de modificaciones cognitivas ante un entorno traumático, que en este caso se da en el medio doméstico. Así, se describe el SAPVD como un conjunto de procesos psicológicos que por medio de la respuesta cognitiva, conductual y fisiológica-emocional, culmina en el desarrollo de un vínculo interpersonal de protección entre la víctima y el agresor, en un contexto traumático y de restricción estimular, con el objetivo de recuperar la homeostasis fisiológica y el equilibrio conductual, así como proteger la integridad psicológica de la víctima (24).

El síndrome tendría cuatro fases, que describen las diferentes consecuencias psicológicas del maltrato en la víctima: Desencadenante, de reorientación, de afrontamiento y de adaptación.

**a) Fase desencadenante:** Comienza cuando la víctima recibe la primera agresión física por parte del maltratador, lo que trae como consecuencia que se rompa el espacio de seguridad y confianza subyacente a la relación afectiva. Como consecuencia se estrechan los canales atencionales de la víctima que se ven sesgados y comprometidos hacia la percepción de la amenaza. Cuando la agresión finaliza, la víctima entra en un estado de ansiedad de curso progresivo que probablemente correlacionará con accesos ocasionales de ira y estrés. Estos efectos negativos, sumados a la incapacidad de la víctima para modificar su entorno y a los sentimientos de pérdida, favorecerán el desarrollo posterior de un cuadro depresivo.

**b) Fase de reorientación:** Al quebrarse el espacio de seguridad, se produce un patrón general de desorientación e incertidumbre que junto al miedo y al sentido de pérdida, borran los límites de inserción de la víctima en su núcleo primario de relación, repercutiendo en su sentido de sí y en su autoestima. Una vez que la ira ha desaparecido y los sesgos atencionales se han

establecido, la mujer evaluará el porqué de las agresiones, la violencia debe ser un castigo por algo que ella ha hecho mal. A este sentimiento de culpa se suma la vergüenza debido a que el agresor es alguien que la víctima eligió para compartir su vida, lo que genera una doble autoinculpación.

- c) **Fase de afrontamiento:** En esta fase la víctima se dedica a lograr una inserción más funcional en su nuevo entorno, la que dependerá de su estilo de afrontamiento, el apoyo social disponible y el estado psicofisiológico general de la mujer. En este contexto de ruptura del espacio de seguridad, aislada y afectada por sesgos atencionales, la habilidad de la víctima para evaluar adecuadamente sus recursos para responder al problema, está distorsionada. Además carece de vías para la expresión emocional, aumentan los sentimientos de culpa y vergüenza y disminuye la autoestima. La cronificación del estrés, las cogniciones depresógenas y el distrés sin afrontamiento, se unen para estabilizar el estado depresivo en la víctima que evolucionará a un patrón distímico, que será el último eslabón en un continuo estrés-ansiedad-depresión-distimia. A esto se suma la aparición de embotamiento emocional y reducción de la sensibilidad.
- d) **Fase de adaptación:** En esta última fase, la víctima comienza a someterse a las condiciones externas y a adaptarse de manera paradójica a la violencia de su agresor. La mujer asume que el mantenimiento de un contexto hostil y adverso es independiente de los medios que ella pueda poner en práctica para modificarlo, cayendo de este modo en un estado similar a la indefensión aprendida. Para abandonar este estado, la mujer se identifica de manera traumática con el agresor, pasando de atribuciones personales internas a otras externas y universales. La mujer protege su autoestima, desplazando la culpa hacia quienes el agresor ha declarado sus enemigos o responsables de la situación. De este modo la mujer establece una especie de alianza con su pareja para intentar afrontar, paradójicamente, la espiral de agresiones. Únicamente se aceptan los aspectos positivos del agresor filtrándose los negativos.

Si bien la existencia del SAPVD se encuentra en fase de prueba por el grupo de investigación en el que trabaja Montero, el autor reconoce que la incidencia de este cuadro clínico puede no ser tan común como la presencia de otros condicionantes que rodean la permanencia de la mujer en la situación de violencia doméstica (24).

### **Trastorno de estrés postraumático**

El TEP es un trastorno de ansiedad que suele producirse tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, enfermedad mortal, etc.), en el que está en juego nuestra vida o la vida de otras personas. Esta experiencia puede originar un aprendizaje emocional que tiene como fin proteger al individuo frente a nuevas situaciones similares, pero que va a ocasionar toda una serie de síntomas agrupados en tres tipos diferentes: rememoración (o reexperimentación), hiperactivación fisiológica y evitación (junto con embotamiento afectivo). Las imágenes de la situación traumática han quedado grabadas en una memoria emocional indeleble y vuelven a reexperimentarse una y otra vez con gran viveza, en contra de la propia voluntad, a pesar del paso del tiempo, con todo lujo de detalles, como si estuviera sucediendo de nuevo (flashback). Estos procesos cognitivos disminuyen la capacidad de concentración, memoria, toma de decisiones, y producen reacciones emocionales muy fuertes, con intensas respuestas de ansiedad (preocupación, miedo intenso, falta de control, alta activación fisiológica, evitación de situaciones relacionadas, etc.), irritabilidad, ira, tristeza, culpa y otras emociones negativas. Todo ello genera una gran activación fisiológica, un tremendo malestar psicológico acompañado de una continua hipervigilancia que mantiene la reacción de estrés, como si volviera a repetirse actualmente la situación traumática, o pudiera repetirse en cualquier momento, generando agotamiento, emociones intensas, pensamientos irracionales, sesgo atencional (todo el tiempo se piensa en lo mismo), sesgo interpretativo (estímulos que antes eran neutros ahora se viven como amenazantes y se evitan), que aumentan aún más la intensidad de las respuestas de ansiedad, sumando más impotencia, debilidad, agotamiento, etc.

## LA VIOLENCIA FAMILIAR EN EL PERU

La familia, en tanto constituye la unidad esencial de toda sociedad, necesita y tiene derecho a la protección efectiva por parte del Estado y de la comunidad en general. Es importante considerar, al respecto, que todo evento ocurrido en el entorno familiar también formará parte de los hechos que influyan sobre la dinámica social, incluso aquellos perjudiciales como conflictos y problemas intrafamiliares que, al ser asimilados por los miembros del hogar, especialmente por niños y jóvenes, podrían convertirse, con el paso del tiempo, en elementos muy dañinos “aceptables” en la convivencia hogareña y social. Uno de estos problemas sociales lo constituye la violencia doméstica, cuyas consecuencias son perjudiciales no solo para las víctimas y testigos de ella, sino también para el establecimiento de la equidad de género en la sociedad. (25)

Ser víctima de cualquier manifestación de violencia, sea física, psicológica o sexual, deteriora considerablemente la autoestima de las mujeres, así como su estado general de salud, productividad y poder de negociación en el ámbito laboral y social. (26)

"Según la ley sobre la política del Estado Peruano, constituyen manifestaciones de violencia familiar los actos de maltrato físico y psicológico, entre cónyuges, convivientes o personas que hayan procreado hijos en común, aunque no convivan y, de padres o tutores a menores bajo su responsabilidad". (27)

La violencia familiar, como agresión física y psicológica lleva implícita una elaboración dentro de una estructura de poder que se refleja en las relaciones interpersonales de los miembros; es una práctica consciente, orientada, elaborada, aprendida y legitimada por quienes se sienten con más poder que otras, con más derechos que otros de intimidar y controlar. En suma, es un patrón aprendido de generación en generación.

Toda violencia familiar constituye violación a los Derechos humanos y libertades individuales y colectivas y por consiguiente un obstáculo para el desarrollo de sus integrantes y del grupo familiar.

Existen 2 niveles desde los cuales se configura la violencia familiar: Producida desde espacios externos a la familia y a partir del espacio interior de los mismos.

1. En el Perú, la violencia familiar desde espacios externos se explica desde su herencia colonial e histórica irresuelta, que se viene arrastrando pese a que la sociedad ha cambiado enormemente. "Es sobre este piso sobre el cual tenemos que leer la dramaticidad del problema de la violencia, la omnipresencia de la violencia en el Perú." (28)

Nuestra sociedad peruana está estructurada sobre violencia que la historia ha registrado constantemente, por ejemplo: La violencia política creada por el Estado (ejército) de una parte y los grupos alzados en armas por otro que dejaron no apenas poblaciones enteras en riesgo de seguridad, agudizando la situación de pobreza, dado que los costos sociales que generaron todavía son, en pleno 2000, difícil de superar. De manera que la violencia familiar desde espacios externos, se vincula de lo micro social (vida cotidiana) con el terreno de lo macro (violencia estructural); cumpliendo la familia un rol protagónico como núcleo productor de la violencia interviniendo en la gestación, reforzamiento y acumulación de formas diversificadas de ésta.

No se puede decir sin embargo, que la violencia familiar se origina exclusivamente en la familia o únicamente en la sociedad, sino que es un proceso de mutua generación e interrelación.

2. La violencia familiar que se desarrolla en el espacio interior de la familia, comprende una dinámica de 3 etapas, constituyéndose en un círculo vicioso:
  - a) Se va creando tensiones entre víctima y victimario. Empieza por el abuso psicológico; en la medida que los insultos o los desprecios van creciendo, luego viene la explosión de rabia y la víctima es golpeada. La primera fase es un abuso psicológico que termina en una explosión de abuso físico: Heridas y golpes.

b) El periodo de reconciliación, el agresor(a) pedirá perdón. Se disculpa, hace todo lo que puede para convencerlo, le dirá que le ama verdaderamente, etc. Esta conducta "cariñosa" completa la victimización.

c) Etapa de ambivalencia. La víctima no sabe qué hacer, se dice a sí mismo: "Sí, me golpeo, pero por otra parte es cariñoso... pasa el tiempo y da la vuelta a la primera fase; completando la figura del círculo.

No obstante el desarrollo de estas fases puede ir cambiando de acuerdo al tipo de estructura de la familia.

Los miembros de la familia que resultan más afectados son las mujeres, niños, los adolescentes y el grupo del adulto mayor, por ser las personas más vulnerables dentro de la sociedad patriarcal, que estructura y jerarquiza las relaciones de acuerdo al poder y la dominación de unas personas sobre otras.

En una sociedad patriarcal la mujer es considerada como el sexo débil y/o inferior frente al varón, legitimada desde la familia y reforzada por la actitud "pasiva y escéptica" (29) que asumen las mujeres víctimas de violencia.

No obstante y concomitantemente existen "importantes logros" (30) alcanzados que han posibilitado disminuir las brechas latentes de desigualdad.

En nuestro país, la población infantil y del adulto mayor, aún es víctima frecuente de violencia por no ser considerados como protagonistas activos de la vida familiar.

Los adolescentes en el Perú también son víctimas de violencia entre otras causas, porque esta etapa todavía es difícil de afrontar por la familia y por la misma naturaleza de ésta.

Para tener idea de las causas principales de la violencia familiar en el Perú son:

- Raíces culturales e históricas.
- Medios de comunicación.
- Consumo de drogas.
- Incompatibilidad de caracteres.
- Ausencia de comunicaciones asertivas y precarias relaciones humanas.

- "Instancias como los cuarteles de servicio militar en el Perú" (31)
- Dependencia económica de la víctima, etc.

No es apenas la mujer, los niños los adolescentes y del adulto mayor víctimas de violencia, también lo son, en buena medida, los varones que por factores ampliamente conocidas (estructura patriarcal) no se dan a conocer, asimismo no existen estudios que den cuenta de la dimensión de la misma.

"Frecuentemente, la política social en el Perú toma una postura de LAISSEZ FAIRE, en relación con las organizaciones sociales preexistentes. Esto es visible especialmente en ámbitos tales como la familia y la comunidad local, donde el Estado se contenta la mayor parte de veces con dejar que cada una de estas instancias cuide de los suyos". (32)

Así que las reinterpretaciones, desde la cotidianeidad de los beneficiarios no necesariamente son tomadas en cuenta en el proceso de definición de las Políticas Sociales.

"Frente a las manifestaciones de violencia, la respuesta que ofrece nuestro sistema legal resulta bastante limitado. A lo largo de nuestra historia legislativa, la reacción estatal a este problema se ha focalizado en el agravamiento de pena para el agresor." (33)

No obstante, de la década de los 90s para adelante se vienen realizando esfuerzos importantes de parte de parte del Estado y de la sociedad civil por enfrentar el problema de la violencia familiar.

El Estado peruano ha reconocido expresamente lo alarmante, grave y perjudicial de este problema y se ha pronunciado ya en el ámbito interno, con el establecimiento de políticas públicas a través de la Ley 26260 publicada el 24 de Diciembre de 1993.

De acuerdo al Texto Único Ordenado de la Ley 26260, Ley de protección frente a la violencia familiar, Artículo tercero: Es política permanente del Estado peruano la lucha contra toda forma de violencia familiar, debiéndose desarrollarse con este propósito acciones orientadas a encaminar al fortalecimiento de las instituciones como:El Ministerio de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH), ente rector del sistema de atención integral

al niño y al adolescente, la mujer, el adulto mayor y sus respectivas secretarías, es la encargada de elaborar, coordinar y ejecutar las políticas y hacer el seguimiento de programas y proyectos que aseguren un adecuado desarrollo psicosocial de las víctimas de violencia familiar. Realiza una labor constante dirigida a lograr la más amplia difusión de la legislación sobre la violencia familiar, a través de:

- Centro de emergencia de atención a la mujer.
- Implementación de módulos de capacitación a distancia.
- Implementación del plan piloto de conciliación extrajudicial (que entra en vigencia desde Enero del 2001).
- Creación de casas de refugio para víctimas de violencia.
- Módulo piloto de atención contra la violencia familiar "Emergencia mujer". Líneas telefónicas de atención contra la violencia familiar. El módulo "Emergencia Mujer" ofrece 7 servicios de atención: Comisaría de la mujer, asesoría legal, conciliación, asesoría psicológica, asistencia social, médico legal y fiscal.

Sólo entre los meses de marzo 1999 y enero 2000 en el Módulo de Emergencia Mujer (PROMUDEH) fueron atendidos en Lima 9,200 casos de violencia familiar.

Según estudios realizados recientemente por el PROMUDEH, el 46% de los hogares a nivel nacional (Perú) son violentados y el 28% de los mismos son mantenidos por mujeres. Asimismo acuden diariamente a denunciar de 200 a 250 mujeres maltratadas, dejando abierto el consiguiente maltrato a los niños, adolescentes y adultos mayores como parte del círculo vicioso.

Las Defensorías Municipales del Niño y Adolescente, se crean en setiembre de 1993 y en concordancia con la ley de municipalidades que faculta la instalación de DEMUNAs.

Las DEMUNAs son servicios que formando parte de un Sistema Nacional de Protección a la infancia, desde los gobiernos locales promueven y protegen los derechos de los niños y adolescentes. El artículo 30 de la ley de protección frente a la violencia familiar, establece que: Las DEMUNAs debidamente autorizadas podrán, en ejercicio de sus atribuciones, realizar audiencias de conciliación destinadas a resolver conflictos originados por la Violencia Familiar.

En el ámbito nacional en 1997, atendieron 68,091 casos que afectan a 79,873 niños y adolescentes. Encontrándose en cuanto a materias conciliables al cumplimiento de obligaciones de alimentos (37%) seguido de casos de régimen de visitas y tenencias (10%) y sólo el (0.6%) lo referido a los casos de violencia familiar (Boletín Nro. 1 CODEMUNA, Puno-Perú 1998, 26).

Lamentablemente, no se encuentran disponibles indicadores que permitan conocer la evolución de las tasas de violencia doméstica en el Perú durante las últimas décadas. No obstante, se puede afirmar que en el último decenio estas son muy semejantes a las de otros países de la región, que se encuentran alrededor del 50%. (25)

De acuerdo con las rondas 2005-2008 de la ENDES, el 48% de las mujeres peruanas unidas han sido víctimas de al menos un tipo de maltrato por parte de su actual o último compañero en algún momento de la relación. (25)

La primera cuestión importante a señalar es que los ataques no suelen presentarse de forma aislada; es decir, una mujer que sufre maltrato psicológico también suele sufrir agresiones físicas e incluso sexuales. (25) En primer lugar, se aprecia que el 34% es o ha sido víctima de psicológico, el 40% de agresiones físicas y el 10% de sexuales. (25)

La segunda y tercera cuestiones por analizar están referidas a la frecuencia de ocurrencia de las agresiones y al conocimiento de por medio de qué actos particulares se manifiestan. Observamos que la humillación y la amenaza de abandono constituyen los maltratos emocionales más comunes con tasas globales de 25% y 22% respectivamente, mientras que los empujones y bofetadas, experimentadas por alrededor del 30% de las mujeres, lo son para el caso del maltrato físico. El abuso sexual se manifiesta principalmente a

través del uso de la fuerza física para mantener relaciones no consentidas, que alcanza una tasa de 10%. En cuanto a la frecuencia, del total de mujeres humilladas por su pareja, una mitad recibió dicho trato anteriormente, mientras que la otra lo experimenta de manera continua. (25)

las diferencias por grupo de edad permiten reconocer que las más jóvenes son menos propensas a experimentar algún tipo de agresión, con una tasa de 41%, mientras que las que se encuentran entre los dos rangos de edad mayores de 25 años tienen una probabilidad del 50%. Las mujeres que alcanzaron algún nivel de educación superior también son menos propensas a ser víctimas de maltratos (la tasa es de 43%), en comparación con las menos educadas, entre las que no se registran diferencias significativas por haber recibido solo educación primaria o haber accedido a la secundaria. (25)



## **2.2 TRASTORNO DE STRESS POTS TRAUMATICO (TEPT)**

### **2.2.1 DEFINICION**

El estrés es un tipo de reacción que se activa en aquellas situaciones en las que percibimos que no tenemos suficientes recursos para atender a las demandas. Se trata de un sistema que compartimos con animales e incluso plantas, y que nos permite reaccionar con rapidez y seguridad ante contextos en los que hay que dar una respuesta para la que no tenemos suficientes recursos de afrontamiento. Este mecanismo pone en marcha un proceso de activación a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, que se detiene cuando se consigue el objetivo deseado. Después de haber agotado la energía y los recursos, éstos se vuelven a recuperar con el descanso, de manera que se trata de un proceso normal de adaptación al entorno que nos rodea. Pueden surgir problemas con el estrés si nuestro cuerpo y nuestra mente están activándose permanentemente, sin que se permita la recuperación. En estos casos el estrés puede comenzar a producir algunos síntomas, tales como olvidos, problemas de concentración, pérdida de rendimiento, alta activación fisiológica, agotamiento, insomnio, dolor de cabeza, dolores musculares, contracturas, ansiedad, irritabilidad, aumento del consumo de tranquilizantes, etc. Por supuesto, aparecerán problemas más importantes cuando la situación que provoca el estrés alcance tal magnitud que nos supere por completo y no nos permita dar respuesta alguna, como sucede por ejemplo en los atentados terroristas, o en situaciones igualmente traumáticas, como la violación. En estos casos, además de los citados síntomas, suelen aparecer algunos trastornos mentales como el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y la depresión, especialmente en el caso de las mujeres.

### **2.2.2 EDAD DE COMIENZO Y CURSO**

El TEPT puede comenzar a cualquier edad, incluso en la infancia (34). Los síntomas suelen comenzar dentro de los 3 primeros meses después del trauma, aunque pueden retrasarse varios meses o incluso años. Con frecuencia el trastorno suele cumplir inicialmente los criterios del trastorno por estrés agudo. El 80% de las personas que desarrollan trastorno de estrés agudo tras un trauma cumplen criterios de TEPT 6 meses más tarde; y el 63-80% sufren TEPT 2 años después del trauma (35).

En cuanto a los predictores del desarrollo del TEPT, las personas que disocian en el momento del trauma es más probable que presenten sintomatología del TEPT más adelante. Incluso más importante, al menos entre víctimas de accidentes automovilísticos, la disociación y rumiación persistentes 4 semanas después del trauma son muy útiles para identificar a las personas que es más probable que desarrollen un TEPT crónico. La disociación peri traumática es el predictor más fuerte del desarrollo del TEPT (36); otros predictores son la ausencia de apoyo percibido, las emociones peri traumáticas, la amenaza percibida para la vida y, en menor medida, el ajuste previo, la experiencia de uno o más traumas previos y la historia familiar de psicopatología. La relación entre disociación peri traumática y la gravedad del TEPT es explicada por dos variables: el miedo a la muerte y el miedo a perder el control experimentados durante el evento traumático (37). En contraste con lo dicho hasta aquí, algunos autores sostienen que la disociación peri traumática, más que un factor de riesgo para el TEPT, sería sólo una parte del mismo. Un predictor más potente podría ser la evitación experiencial o el intento de evitar y controlar las experiencias internas aversivas (pensamientos, memorias, sentimientos, sensaciones).

En un estudio prospectivo hallaron que el 9% de los pacientes con trastornos de ansiedad (no incluido el TEPT) e historia de trauma tuvo un inicio demorado del TEPT durante los 7 años siguientes (38). La única diferencia entre estos casos y los de TEPT crónico fue que los primeros tenían una mayor probabilidad de haber sufrido un trauma infantil. Entre los pacientes con historias de trauma, aquellos que terminaron por desarrollar TEPT se distinguieron de los que no lo hicieron en presentar más trastornos comórbidos del eje I y II del DSM-IV, más intentos de suicidio y más experiencias traumáticas, especialmente traumas infantiles (maltrato físico, abuso sexual). Además fue menos probable que estuvieran casados y se caracterizaron por tener un peor funcionamiento psicosocial y una menor satisfacción global con su vida.

Los síntomas del trastorno y la predominancia relativa de la reexperimentación del trauma, la evitación o la hiperactivación pueden variar a lo largo del tiempo y agravarse durante periodos de estrés. Cerca de la mitad de los casos se

recuperan en los 3-6 primeros meses, mientras que en muchos otros (30-40%) los síntomas persisten más de 12 meses después del trauma (39). Según el National Comorbidity Survey, sólo el 20% se recuperan en los 6 primeros meses y el 40% a los 12 meses después del trauma. Cerca de un 60% llegan a recuperarse en el plazo de 6 años, momento en que parece alcanzarse un valor asintótico; este porcentaje es independiente de haber recibido o no tratamiento, aunque la recuperación es más rápida con terapia. A los 2-3 años la mayoría de las personas ya no presentan TEPT (39), pero en las que siguen presentando el trastorno, los síntomas tienden a intensificarse y a complicarse con trastornos comórbidos. Sin embargo, según el National Comorbidity Survey, el 55% de las personas aún presentan TEPT después de 3 años.

En un estudio realizado con 4.000 mujeres en Estados Unidos a escala nacional, encontraron los siguientes porcentajes de personas cuyo TEPT no había remitido con el paso del tiempo: violación, 32%; otras agresiones sexuales, 31%; agresión física, 39%; trauma no relacionado con un delito (desastres naturales o debidos al hombre, accidentes), 9% (40). Según el National Comorbidity Survey, en cerca del 40% de las personas con TEPT, este nunca remite incluso después de muchos años e independientemente de si han recibido tratamiento o no.

Los factores de buen pronóstico para la recuperación es el inicio rápido de los síntomas, la corta duración de estos (menos de 6 meses), un buen nivel de funcionamiento premórbido, una buena red de apoyo social, no ser niño o anciano y la ausencia de otros trastornos psiquiátricos o médicos (41).

### **2.2.3 EPIDEMIOLOGIA**

En el National Comorbidity Survey, un estudio epidemiológico llevado a cabo a nivel nacional en Estados Unidos con 5.877 personas de 15 a 54 años y siguiendo criterios DSM-III-R, la prevalencia vital del TEPT fue del 7,8% (10,4% para las mujeres y 5% para los varones; esta razón de 2 a 1 es usual). Por lo que se refiere a población española, hallaron una prevalencia del 8% en población femenina navarra (42).

En un estudio sueco con 1.824 personas aleatoriamente seleccionadas, la prevalencia vital fue del 5,6% (2 mujeres por cada hombre) (43). Prevalencias

más bajas han sido halladas en un estudio realizado en seis países europeos (entre ellos España) con 21.425 adultos, mediante entrevista y con criterios del DSM-IV, la prevalencia anual del TEPT fue 0,9% (0,4% en varones y 1,3% en mujeres) y la vital, 1,9% (0,9% en varones y 2,9% en mujeres) (44).

Las cifras de prevalencia son naturalmente mucho más altas en personas que han sufrido algún trauma. Se calcula que al menos la mitad de las personas ha experimentado uno o más acontecimientos traumáticos. En el National Comorbidity Survey, un 61% de los varones y un 51% de las mujeres informaron haber experimentado al menos un acontecimiento traumático; un trauma en el 27% de los varones y el 26% de las mujeres, y más de un trauma en el 34% de los varones y el 25% de las mujeres.

La prevalencia del TEPT tras la exposición a un suceso traumático se sitúa entre el 15% y el 24% en la población general (42), aunque este porcentaje varía mucho según el tipo de trauma. En el National Comorbidity Survey, este porcentaje fue del 8,1% para los varones y 20,4% para las mujeres. Esta diferencia entre sexos se explica porque las mujeres sufren una mayor exposición a traumas intensos y tienen una mayor probabilidad de desarrollar TEPT cuando sufren el mismo tipo de trauma (con la excepción de la violación y el abandono en la infancia). Según diversos estudios revisados por de Paúl (45) y otros trabajos que se mencionan a continuación, la prevalencia del TEPT en personas que han experimentado ciertos traumas ha sido la siguiente:

- **Violación.** La prevalencia vital del TEPT suele ser del 50% o superior en las víctimas de violación. Los porcentajes son mayores si el agresor es un extraño y si ha habido agresión física o amenaza con arma (46) (47). En un estudio retrospectivo la prevalencia vital de TEPT fue del 31% en comparación con el 5% entre las no víctimas; la prevalencia actual fue del 11%. En dos estudios prospectivos (con menos problemas de recuerdo, por tanto) la pre-valencia del TEPT, sin tener en cuenta el criterio temporal de al menos 1 mes de duración, fue del 90-94% a las 2 semanas de la violación, del 60-64% a las 4 semanas y del 47-51% a las 12 semanas. Todos los datos anteriores se refieren a mujeres. Sin embargo, el 6-10% de las víctimas adultas son hombres y el porcentaje puede subir hasta el 18% si se incluye a los niños. En comparación a las mujeres es más probable que los

hombres desarrollen TEPT tras una violación: 65% contra 46% en el National Comorbidity Survey (48).

Por otra parte, el 27% de las mujeres y el 12% de los hombres que sufrieron acoso sexual con contacto genital desarrollaron TEPT según el Nacional Comorbidity Survey (48). La prevalencia del acoso sexual es mayor que la de la violación.

- **Malos tratos físicos y/o psicológicos.** En una muestra española la prevalencia vital del TEPT ha sido del 51%; el porcentaje fue del 48% entre las mujeres maltratadas física y psicológicamente y del 54% entre las maltratadas sólo psicológicamente (49). En el caso de los malos tratos físicos en la infancia, la prevalencia vital ha sido del 22% en varones y 49% en mujeres según el Nacional Comorbidity Survey (48).

A diferencia de otros agentes estresantes, el maltrato físico y/o psicológico suele ser crónico y hay una diversidad de razones por las que una persona adulta puede aguantar dicha situación: miedo al agresor, indefensión, estar deprimida, falta de apoyo social, pensar que las cosas cambiarán, no querer reconocer el fracaso de la relación, sentirse más o menos culpable de lo que pasa, miedo a la soledad, minimización del maltrato, justificación de este, dependencia económica, dependencia afectiva, preocupación por los hijos, miedo al qué dirán, altruismo (no querer dejar al otro “tirado”: “¿cómo se las arreglará el pobre desgraciado?”).

- **Asalto con violencia.** La prevalencia vital del TEPT es al menos del 21% (47) citan dos estudios prospectivos en los que la prevalencia del TEPT tras un asalto fue del 62-70% a las 2 semanas, del 40-48% a las 4 semanas y del 21-22% a las 12 semanas. Para casos de ataque masivo con armas de fuego en un lugar público en tiempos de paz, los datos son 20% de los varones y 36% de las mujeres un mes después.
- **Ataques terroristas.** Encontraron que la prevalencia del TEPT, evaluada 3-8 años después del suceso traumático, fue del 18%, con un valor de 10,5% entre las víctimas que no sufrieron daños y un valor máximo de 30,7% entre las víctimas gravemente dañadas (50).

- **Accidentes de tráfico.** La prevalencia vital del TEPT es del 10-20% (amplitud 8-39%) Tres años después de un accidente, la prevalencia del TEPT fue del 11% en un amplio estudio longitudinal. Suele ser más frecuente el subsíndrome de TEPT, en el que hay un menor número de síntomas de evitación y embotamiento afectivo (50).
- **Desastres naturales.** La prevalencia vital del TEPT ha oscilado entre 3,5% y 16% tras desastres como incendios, terremotos y erupciones volcánicas (39).
- Muerte inesperada y repentina de un ser querido. La prevalencia vital del TEPT es del 14% (51).
- **Excombatientes del Vietnam.** La prevalencia vital del TEPT fue 3,5% si no habían sido heridos, 20-40% si fueron heridos y cerca del 50% si fueron hechos prisioneros. Según un estudio de alcance nacional, la prevalencia actual en varones más de 10 años después del conflicto fue del 15% en conjunto y del 36% en aquellos expuestos a gran estrés bélico. En comparación, los porcentajes fueron del 2,5% en un grupo de veteranos no combatientes y del 1,2% en civiles; la prevalencia vital fue del 31% de los ex-combatientes en conjunto (52).

#### 2.2.4 MODELOS EXPLICATIVOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Si bien son muchos los modelos teóricos que se han planteado para explicar el trastorno de estrés postraumático (TEPT), a continuación se hará referencia a los que se considera son los principales. Se aprecia en ellos una clara evolución desde aspectos puramente conductuales hasta la integración de aspectos biológicos, pasando por aspectos cognitivos. En la medida en que la neurofisiología avance en la comprensión del funcionamiento cerebral del ser humano, estos modelos se irán modificando y enriqueciendo con dichos conocimientos.

##### A. Teoría del aprendizaje

El trastorno de estrés postraumático puede explicarse por medio del condicionamiento clásico y el operante. A través del condicionamiento clásico

se explica el desarrollo de los síntomas del trastorno de estrés postraumático, especialmente los síntomas de activación y malestar. El trauma sería el estímulo incondicionado (EI) que provoca un temor extremo, la respuesta incondicionada (RI). El trauma (EI) se asocia con el recuerdo del trauma y con una serie de estímulos que se encuentran presentes en el momento del suceso traumático, los que se convierten en estímulos condicionados (EECC). Así, cada vez que se recuerda el trauma, se recuerdan los estímulos asociados a él o vuelven a estar presentes estos estímulos, la presencia de ellos o dicho recuerdo (EC) provoca un temor extremo que se convierte en la respuesta condicionada (RC). Por medio de la generalización de estímulos y del condicionamiento de segundo orden, no sólo el recuerdo del trauma sino también las señales asociadas con el recuerdo y aquellas neutras que evocan esos estímulos desencadenantes, se convierten en estímulos condicionados que provocan un temor extremo (RC).

Siguiendo el mismo modelo, se esperaría que la asociación entre el EC y la RC se extinguiera con el tiempo si no se presenta el EI original. En este punto es donde se inserta la explicación del condicionamiento operante, para dar cuenta del desarrollo de los síntomas de evitación del trastorno de estrés postraumático y del mantenimiento de esos síntomas a lo largo del tiempo, a pesar de que el acontecimiento estresante traumático no vuelve a ocurrir. Debido a que el recuerdo del trauma o de los estímulos a él asociados (EECC) provoca una ansiedad extrema (RC), se evita este recuerdo (EECC) y el resultado es una reducción de la ansiedad (RC). De este modo, la evitación del recuerdo del trauma (EC) se refuerza negativamente, lo que impide la extinción de la asociación entre el recuerdo del trauma (EC) y la ansiedad (RC), algo que sería esperable sin la repetición del mismo trauma (EI) (53).

## **B. TEORÍA DEL PROCESAMIENTO EMOCIONAL**

Aplicando la teoría de las estructuras de miedo de Lang, Foa et al (54). Han planteado una teoría del procesamiento emocional de la información que se centra en la formación de una red de miedo en la memoria de largo plazo.

Esta red contiene: a) Información estimular sobre el evento traumático, b) Información sobre la reacción fisiológica, conductual y cognitiva al evento traumático, y c) Información que asocia las dos anteriores entre sí. Cualquier

clave estimular asociada al trauma podría activar la red de miedo, lo que hace que la información contenida en la red entre en la conciencia, constituyendo los síntomas intrusivos del trastorno de estrés postraumático. Los intentos por evitar y suprimir tal activación de la red, conducen al conjunto de síntomas de evitación del trastorno. Foa (54) plantea que la resolución exitosa del trauma sólo puede ocurrir al integrar la información de la red de miedo con las estructuras de memoria ya existentes, de manera que la percepción de amenaza, coincida con la existencia real de una amenaza. Tal asimilación requiere, primero, la activación de la red de miedo de manera que esté accesible y, segundo, la disponibilidad de información que sea incompatible con la contenida en la red de modo que la estructura de memoria pueda ser modificada. De este modo, la exposición reiterada al recuerdo traumático en un ambiente seguro dará como resultado: a) La activación de la red de miedo, b) La habituación al temor, y c) El cambio posterior de la estructura de temor. Conforme disminuya la emoción, los pacientes con trastorno de estrés postraumático empezarán a modificar los elementos que tienen una significación para ellos, cambiarán sus autoverbalizaciones y reducirán su generalización.

Diversos factores median el curso de esta integración, como por ejemplo, la impredecibilidad e incontrolabilidad del evento traumático, que lo hacen difícil de asimilar a los modelos de memoria existentes en los cuales el mundo es un lugar predecible y controlable.

Asimismo, la severidad con que el evento desorganiza los procesos cognitivos de atención y memoria, en el momento del trauma, puede conducir a la formación de una red de miedo fragmentada y desarticulada que será difícil integrar en los modelos organizados existentes.

### **C. TEORÍA DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Resick & Schnicke (55) han planteado que las emociones postraumáticas no se limitan al temor y que los individuos con trastorno de estrés postraumático pueden también experimentar otras emociones fuertes como vergüenza, ira o tristeza. Estas emociones no surgen sólo del trauma, sino que además surgen de las interpretaciones que hace la víctima del acontecimiento traumático y del papel que ha jugado en él. De este modo, estos autores proponen una teoría

más cognitiva del trastorno de estrés postraumático, basada en la teoría del procesamiento de la información.

Para codificar, almacenar y recuperar la información en la memoria, las personas desarrollan esquemas cognitivos o mapas genéricos. La nueva información que es congruente con las creencias previas sobre sí mismo o el mundo se asimila rápidamente y sin esfuerzo, ya que la información encaja con los esquemas y se necesita poca atención para incorporarla. Cuando sucede algo que discrepa con el esquema, los individuos tienen que reconciliar este acontecimiento con sus creencias sobre sí mismo o sobre el mundo, modificando o adaptando sus esquemas para incorporar esta nueva información. Sin embargo, este proceso a menudo se evita debido al potente componente emocional asociado al trauma y porque la modificación de las creencias puede hacer que las personas se sientan más vulnerables ante acontecimientos traumáticos futuros.

En el caso de un componente emocional potente, puede suceder que no se dé el procesamiento cognitivo, en parte porque la propia respuesta emocional puede dificultar o incluso bloquear el procesamiento cognitivo, y en parte porque las víctimas del trauma evitan dicho afecto y, por consiguiente, nunca adaptan la información debido a que nunca recuerdan del todo lo que sucedió o no piensan lo que significa. Aunque el individuo puede ser capaz de distraerse de la experiencia afectiva normal, los acontecimientos traumáticos están asociados a una emoción mucho mayor que no puede evitarse totalmente. Debido a que la información sobre el acontecimiento traumático no ha sido procesada, categorizada y adaptada, los recuerdos del trauma continúan surgiendo como recuerdos invasivos o pesadillas. Surgen también las respuestas emocionales y la activación, que forman parte del recuerdo del trauma, lo que desencadena una mayor evitación.

Según este modelo, es necesaria la expresión afectiva, no para la habituación, sino para que el recuerdo del trauma se procese totalmente. Se supone que el afecto, una vez que se ha tenido acceso a él, se desvanecerá y se podrá empezar a trabajar en adaptar los recuerdos a los esquemas (53).

#### **D. TEORÍA DE LOS SISTEMAS REPRESENTACIONALES ESQUEMÁTICO, PROPOSICIONAL, ASOCIATIVO Y ANALÓGICO (SPAARS)**

Esta teoría, planteada por Dalglish y Power (56), postula que las emociones son las herramientas que el sistema cognitivo emplea para resolver problemas. Por ejemplo, si el objetivo es resolver una amenaza se activará el módulo de miedo, que es, esencialmente, una reconfiguración del sistema cognitivo para lidiar con la inminente amenaza y con futuras amenazas posibles. Tal reconfiguración podría involucrar la preparación para la pelea o la huida, sesgos atencionales para la información relacionada con la amenaza, activación de conceptos en la memoria relacionados con la amenaza, etc. Del mismo modo, si el objetivo es resolver una pérdida, se activará el módulo de la tristeza, lo que implicará disponer de recursos para la elaboración de material asociado con la pérdida en la memoria, en orden a capacitar al individuo para reemplazar lo perdido (56).

Dentro de este esquema las emociones son procesos adaptativos que reorganizan el sistema cognitivo en distintas formas para lidiar con los cambios del medio interno o externo. La naturaleza adaptativa del sistema emocional puede conducir a profundas dificultades emocionales en el caso de un trauma.

Como su nombre indica, esta teoría es un modelo multi representacional con cuatro niveles o formatos de representación en que se especifican dos rutas de generación de emociones.

El formato de representación analógico guarda la información de manera analógica. Esta información incluye las imágenes visuales, olfativas, auditivas, gustativas y propioceptivas, que pueden ser episódicas o semánticas.

El formato de representación proposicional, en cambio, codifica información verbal que representa creencias, ideas, objetos y conceptos y las relaciones entre ellos, en una forma que no es específica de ningún lenguaje.

El formato de representación de modelos esquemáticos corresponde a una representación de alto orden, que provee al individuo de su sentido de sí mismo, de la realidad y de su significado, además de guardar relación con la jerarquía de metas del individuo que se utilizan para planear la acción, mantener el sentido de sí mismo y de conexión con la realidad.

Finalmente, el cuarto formato de representación corresponde al formato asociativo, que es el responsable de la generación de las emociones

automáticas que no requieren acceso al nivel de representación de modelos esquemáticos, se trata de la asociación de acontecimientos y emociones que se han dado de manera repetida.

De este modo, se plantea que hay dos rutas de generación de emociones, los primeros tres formatos de representación son responsables de la ruta controlada, y el último, de la segunda ruta o modo de generación de emociones, la automática.

La información de un acontecimiento traumático, será evaluada por el formato de modelos esquemáticos como información amenazante produciendo miedo intenso. Asimismo, será representada en los formatos analógico, proposicional y de modelo esquemático, lo que explica la constelación de síntomas del trastorno de estrés postraumático.

Los modelos esquemáticos existentes acerca de sí mismo y del mundo intentarán asimilar la información de la experiencia traumática, pero debido a la discrepancia existente, continuarán valorándola como incompatible. Esta valoración de incompatibilidad y la naturaleza amenazante de la información traumática, ocasiona que el individuo experimente reactivación constante del módulo de miedo, lo que se traduce en los síntomas de reexperimentación. Los síntomas de evitación se deben a que el individuo desarrolla un gran número de mecanismos protectores para lidiar con los fenómenos intrusivos, tiende a evitar cualquier recuerdo del trauma, trata de no hablar de lo sucedido y de no pensar en ello. Asimismo, reduce el número de interacciones sociales en un intento de minimizar los posibles estímulos evocadores del acontecimiento traumático. Los síntomas de aumento de activación, derivan de dos factores: a) El módulo de miedo está activándose continuamente, lo que hace que la persona se encuentre en un estado de alarma y sobresalto permanente, y b) La mayoría de los recursos cognitivos disponibles están siendo utilizados en valorar la información no integrada, por lo que no se utilizan en la mediación de otras emociones, como por ejemplo, cólera o irritación, de ahí la presencia de explosiones de ira.

Las diferencias individuales en la reacción a un trauma se deben a las diferencias en los modelos esquemáticos de sí mismo y del mundo. La mayoría de las personas posee modelos del mundo como un lugar razonablemente

seguro en el que hay una alta concordancia entre lo que el individuo hace y las consecuencias que obtiene. Además, tales modelos no son rígidos ni inflexibles, ya que son el producto de una historia de aprendizaje en que se ha procesado información inconsistente con los modelos previos y se ha adaptado esa información a la existente, debido a experiencias inesperadas y adversas para del individuo. Así, tras una experiencia traumática, la mayoría de los individuos experimentará un período inicial de reacciones postraumáticas, que se superará en semanas o meses, a través de la integración de la información traumática en los modelos esquemáticos que el individuo posee. A veces requerirá para ello de la ayuda de redes sociales o de terapia, pero de cualquier manera, será poco probable que desarrolle estrés postraumático crónico.

En contraste, los individuos que poseen un modelo esquemático supervalorado, en el que el mundo es un lugar absolutamente seguro y ellos son totalmente invulnerables, modelo que además es rígido e inflexible, tenderán a desarrollar trastorno de estrés postraumático crónico, por las dificultades para integrar la experiencia real tan dispar con su modelo, y la dificultad de cambiar éste dada su rigidez.

En relación con el tratamiento del trastorno, se plantea que la exposición sirve para reducir la sintomatología de este cuadro clínico a través de dos mecanismos. En primer lugar, permite al individuo reexperimentar la información relativa al trauma en un ambiente seguro, lo que conduce a que el individuo comience a conceptualizar el acontecimiento como algo anómalo e inusual, en un contexto en el que sus creencias acerca de sí y el mundo son válidas. En segundo lugar, la exposición debilita las conexiones entre la información relativa al trauma y la vía automática de miedo, en el formato de representación asociativo, capacitando al individuo para integrar la información relacionada con el trauma en la memoria. Esta debilitación depende de que el individuo experimente una reducción del miedo en la sesión de exposición.

## **E. TEORÍA DE LA REPRESENTACIÓN DUAL**

Esta teoría, esbozada por Brewin (57) (58), plantea que la experiencia de un evento traumático, único o repetido, se representará en la memoria de manera dual a través de dos tipos de representaciones (57) (58):

1. Conocimiento verbalmente accesible: Corresponde a la representación o al conjunto de representaciones constituido por la experiencia consciente del trauma de la persona, que puede en principio ser deliberadamente recuperada. Inmediatamente después de la experiencia traumática, es probable que estos recuerdos estén dominados por información detallada con relación a la percepción consciente de los aspectos sensoriales y de las reacciones corporales, así como también por un intento de asignar significado a la experiencia traumática en términos de constructos y categorías verbales y de considerar las implicaciones para las metas vitales valoradas. A medida que pase el tiempo, sin embargo, se crearán recuerdos más genéricos que abarquen el hecho de haber experimentado la situación traumática, pero sin el mismo nivel de detalle. De este modo, este tipo de recuerdos contendrá alguna información sobre las características sensoriales de la situación, las reacciones emocionales y fisiológicas experimentadas y el significado percibido del evento. Si bien estas memorias pueden ser muy detalladas, es también probable que sean altamente selectivas debido a que la ansiedad experimentada durante la experiencia traumática aumenta la selectividad atencional y disminuye la capacidad de la memoria a corto plazo.
2. Conocimiento situacionalmente accesible: Corresponde a la representación o conjunto de representaciones constituido por el procesamiento inconsciente o automático de la situación traumática, al que se puede acceder de manera directa cuando la persona está en un contexto, ya sea interno o externo, en que las características físicas o el significado es similar al de la situación traumática. Los aspectos sensoriales, fisiológicos o motores de la experiencia traumática están representados en estas memorias en forma de códigos analógicos que permiten que la experiencia original sea recreada. Estos códigos serían parte de una representación que contiene: a) Información estimular, b) Información de significado, derivada de un aprendizaje asociativo anterior o incluso de lo innato, y c) Información sobre el estado de conciencia de la persona en la situación traumática. La persona sólo

puede llegar a darse cuenta de que estas representaciones han sido agregadas a las que ya tenía, cuando experimenta síntomas como la activación emocional, impulso motor, imágenes intrusivas espontáneas o estados disociados de conciencia.

Ambas representaciones, la verbal y la situacionalmente accesible, son codificadas en paralelo en el momento del trauma, y entre ambas dan cuenta de la fenomenología del trastorno de estrés postraumático. Por ejemplo, los “flashbacks” pueden ser considerados el resultado de la activación de la memoria situacionalmente accesible, mientras que la capacidad de la persona para narrar la experiencia traumática, por ejemplo, en la situación terapéutica, puede ser función de la disponibilidad de la memoria verbalmente accesible (58).

Para explicar el procesamiento de las situaciones traumáticas, Brewin recurre a la evidencia disponible acerca del funcionamiento cognitivo diferenciado de las estructuras implicadas en situaciones de estrés, específicamente del hipocampo y la amígdala. Así, mientras el hipocampo manifiesta una relación en “U invertida”, es decir, bajo condiciones de ausencia de estrés y de estrés extremo, su funcionamiento resulta limitado (lo que justificaría las lagunas en la memoria autobiográfica del trauma, en concreto, en los “puntos calientes” del mismo), el funcionamiento de la amígdala mejora cuando el estrés aumenta, lo que es consistente con la formación de fuertes respuestas condicionadas y de “flashback”. Es más, la ausencia de procesamiento de la información por parte del hipocampo en períodos de emoción intensa, incrementa la probabilidad de activación de la amígdala y la consiguiente formación de recuerdos situacionalmente accesibles.

No obstante, con posterioridad al trauma, se puede producir una transferencia de información desde la memoria situacionalmente accesible a la verbalmente accesible, integrándose en las estructuras pre-existentes, lo que conllevará la superación de los “flashbacks” mediante la construcción de las correspondientes memorias autobiográficas. En el caso del trastorno de estrés postraumático se produce un fallo en esta transferencia, motivado, entre otros factores, por la presencia de una marcada evitación de los estímulos

evocadores del trauma y de los “flashbacks”, lo que impide su reprocesamiento (59).

Así, las experiencias traumáticas que han sido almacenadas deberán ser elaboradas o procesadas emocionalmente tanto por la memoria verbal como por la memoria situacionalmente accesible. Se propone que los individuos necesitan, en primer lugar, integrar conscientemente la información verbalmente accesible con sus creencias preexistentes y sus modelos del mundo, para lograr reducir los efectos secundarios negativos generados por las implicaciones del trauma, reafirmando el control percibido, reatribuyendo responsabilidad en el hecho traumático y consiguiendo hacer juicios apropiados sobre sí y el mundo. En segundo lugar, se requiere activar la información de la memoria situacionalmente accesible, a través de la exposición a las claves relativas al evento traumático, para lograr prevenir la reactivación automática continua del conocimiento situacionalmente accesible del trauma (58).

La intervención debe suponer, por lo tanto, la actuación sobre ambos niveles de representación (memoria situacional y verbalmente accesible), y debe intentar favorecer la transferencia de información desde la memoria situacionalmente accesible a la verbalmente accesible, ya que es justamente la disparidad de información proveniente de estos dos canales distintos lo que propicia la aparición del trastorno de estrés postraumático (59).

El procesamiento emocional adecuado de la memoria verbal y situacionalmente accesibles, llamado completación o integración, no siempre es posible y su resultado depende de diversos factores incluyendo la severidad o duración del trauma, el significado para la persona, las emociones acompañantes como la vergüenza o culpa y la disponibilidad de apoyo social apropiado.

En algunas circunstancias, por ejemplo, cuando la discrepancia entre el trauma y los supuestos previos es demasiado grande, el procesamiento emocional del trauma puede llegar a ser crónico, por lo que la persona se encuentra permanentemente preocupada con las consecuencias del trauma y las memorias intrusivas de éste. Alternativamente, el procesamiento emocional puede ser prematuramente inhibido debido a esfuerzos sostenidos para evitar la reactivación de las memorias situacional y verbalmente accesibles relativas a la experiencia traumática que resultan displacenteras para el individuo. La

repetición permanente de estrategias para evitar pensar en el trauma sufrido lleva a que estas estrategias pasen de ser procesos controlados a hacerse automáticos. La persona no se ve afectada por las memorias intrusivas del trauma de manera permanente ni por su recuerdo consciente, pero las memorias situacionalmente accesibles relativas al trauma estarían disponibles, y podrían dispararse sin ser evitadas, en determinadas circunstancias (58).

El autor hace indicaciones concretas para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático. Plantea que los tratamientos que sólo involucren exposición a las memorias traumáticas, servirán para extinguir las reacciones emocionales experimentadas durante el trauma, predominantemente de miedo, mientras que las reacciones emocionales secundarias, como la culpa, desesperanza o indefensión, derivadas de la evaluación consciente del evento traumático, responderán a técnicas de terapia cognitiva.

De este modo, el tratamiento de exposición sería más efectivo cuando al recordar el trauma no se activen emociones secundarias como la ira o la culpa, que puedan bloquear la habituación al miedo, e incluso dificultar el procesamiento de estos eventos o recuerdos por la memoria verbalmente accesible, por lo que sugiere que estas emociones negativas secundarias deben ser tratadas con técnicas cognitivas antes de usar el tratamiento de exposición (58).

Asimismo, Brewin propone una modificación en los procedimientos de exposición habituales, centrandó ésta en los “puntos calientes” en que se produjo el fallo en la memoria autobiográfica, para facilitar la recodificación verbal de los acontecimientos e imágenes que en su momento fueron procesados por la memoria situacionalmente accesible. Sin embargo, advierte que se debe prestar especial atención a los niveles de activación en el proceso de exposición, ya que si ésta resulta muy elevada se producirá inhibición del procesamiento hipocámpal (como sucedió durante la experiencia traumática) de modo que el individuo reexperimentará el trauma sin que se produzca la pretendida transferencia de la memoria situacionalmente accesible a la verbalmente accesible (59).

Del mismo modo, el tratamiento debe estar dirigido a buscar la consolidación de la memoria verbalmente accesible de modo que pueda actuar inhibiendo la

activación de la amígdala, que da lugar a los “flashbacks”. Esta consolidación se logra a través de la reconstrucción de la narración del trauma, y se favorece cuando contiene claves de recuperación críticas que hacen que la nueva representación se codifique con atributos claramente diferenciados que favorezcan su recuperación (59).

## **F. CONSIDERACIONES A LAS TEORÍAS**

Hasta la fecha, los modelos teóricos propuestos para explicar el trastorno de estrés postraumático se han mostrado insuficientes para dar cuenta por sí mismos de la gran complejidad de este cuadro clínico. De hecho, el estudio del trauma y sus consecuencias abarca procesos variados y complejos que hasta hoy han sido pobremente comprendidos (60).

Para analizar la bondad de cada una de las teorías revisadas, se tomará como marco de referencia lo planteado por Dalglish (56) para quien una buena teoría del trastorno de estrés postraumático necesita dar cuenta satisfactoriamente de las siguientes condiciones:

1. Explicar las tres constelaciones de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Reexperimentación, evitación y aumento de la activación.
2. Dar cuenta del rango de reacciones individuales al trauma: Ausencia de secuelas emocionales aparentes, trastorno de estrés postraumático agudo, trastorno de estrés postraumático crónico y trastorno de estrés postraumático de inicio demorado.
3. Explicar los efectos de diversas variables, como la historia previa de problemas psicológicos, apoyo social, estilo atribucional y actitudes hacia la expresión emocional.
4. Dar cuenta de la eficacia de los tratamientos de exposición para el trastorno de estrés postraumático.
5. Generar un modelo coherente dentro del cual las condiciones anteriores puedan ser comprendidas.

En ese sentido, la teoría del aprendizaje a pesar de explicar gran parte del desarrollo y mantenimiento del trastorno de estrés postraumático, no explica los síntomas de reexperimentación, es decir, los recuerdos reiterados del trauma

que invaden los pensamientos de la víctima (primera condición), sólo ofrece una explicación parcial del miedo y las respuestas de evitación (tanto conductuales como cognitivas) de los estímulos relacionados con la situación traumática, así como de la resistencia del trastorno a la extinción. Tampoco da cuenta del rango de reacciones individuales al trauma (segunda condición), ni explica los efectos de diversas variables, como la historia previa de problemas psicológicos, apoyo social, estilo atribucional, etc. (tercera condición).

Por ello, no genera un modelo coherente dentro del cual todas las condiciones previas puedan ser entendidas (quinta condición).

La teoría del procesamiento emocional es capaz de explicar los tres grupos de síntomas del trastorno de estrés postraumático (primera condición). Asimismo, al poner énfasis en factores como la predictibilidad y controlabilidad del trauma, asigna un rol importante a las atribuciones e interpretaciones que el individuo hace del evento traumático (tercera condición). Del mismo modo, al sugerir que la disponibilidad de información incompatible con el trauma es necesaria para un adecuado procesamiento de la información relativa al trauma, provee un marco para entender el éxito que tiene la exposición en las intervenciones en estrés postraumático (cuarta condición). Sin embargo, es menos claro, cómo esta red, con un único nivel de representación puede explicar la existencia de estructuras de significado y modelos del mundo, y cómo puede llevarse a cabo la integración de la información relativa al trauma en esas estructuras (quinta condición), ni por qué algunos individuos reaccionan de una manera frente al trauma y otros de otra (segunda condición) (56).

La teoría del procesamiento de la información es capaz de dar cuenta de tres de las cinco condiciones establecidas por Dalglish (56), al explicar las tres constelaciones de síntomas del trastorno de estrés postraumático (primera condición), poner énfasis en los efectos de diversas variables (historia previa de problemas psicológicos, apoyo social, estilo atribucional, etc.) (Tercera condición) y dar cuenta de la eficacia de los tratamientos de exposición, al hacer hincapié en la expresión afectiva como una forma de procesar totalmente el recuerdo del trauma (cuarta condición). Sin embargo, esta teoría no da indicaciones concretas de por qué algunos individuos desarrollan el trastorno y

otros no (segunda condición), ni es capaz de generar un modelo coherente que abarque todas las condiciones señaladas (quinta condición).

Tanto la teoría de los sistemas representacionales esquemático, proposicional, asociativo y analógico planteada por Dalglish (56), como la teoría de la representación dual planteada por Brewin (57), son capaces de dar cuenta de las cinco condiciones que se plantean como requisito de una buena teoría en el área.

Sin embargo, la teoría de la representación dual presenta la ventaja de integrar los elementos planteados por las teorías ya revisadas, así como también conocimientos aportados por la investigación en cognición y emoción, específicamente acerca de las bases neurológicas de la memoria del miedo. De hecho, el planteamiento realizado acerca de las memorias verbal y situacionalmente accesibles, guarda directa relación con los hallazgos de LeDoux (61) de una vía nerviosa que comunica directamente el tálamo con la amígdala en las reacciones emocionales y que puede representar un papel crucial en los procesos emocionales automáticos, no conscientes; frente a una vía más indirecta que desde el tálamo pasa a la corteza, donde se lleva a cabo una representación precisa y detallada sobre el estímulo, procesamiento consciente de la experiencia, y de ahí es transmitida a la amígdala (61).

Desde un punto de vista clínico, Brewin (57), desarrolla un modelo teórico convincente y sólidamente fundamentado que resulta esencial para el avance en el tratamiento. De hecho, partiendo del análisis teórico y de la revisión de la evidencia empírica, Brewin ofrece sugerencias y propuestas de tratamiento que resultan sumamente interesantes, especialmente si se tiene en cuenta que se está frente a un trastorno que sigue constituyendo, en muchos casos, un desafío para el clínico (60).

### **2.2.5 GÉNESIS Y MANTENIMIENTO**

La gravedad, duración, proximidad (grado de exposición) y frecuencia del trauma son las variables más importantes en el desarrollo del TEPT. Así, este es más probable en víctimas de violación si ha habido penetración, lesiones físicas, empleo de armas o varios agresores; y en víctimas de accidentes de tráfico si ha habido heridas graves. El trastorno puede aparecer incluso en

personas sin condiciones predisponentes si el suceso estresante es particularmente extremo.

Sin embargo, se cree que para que se desarrolle el TEPT se requiere, por lo general, la interacción del suceso traumático (ya sea directamente experimentado, observado o transmitido) con otras condiciones. Según Barlow (62), son necesarias una vulnerabilidad biológica (hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada) y una vulnerabilidad psicológica (sensación de que los eventos amenazantes y/o las reacciones a los mismos son impredecibles y/o incontrolables basada en experiencias evolutivas tempranas), de modo que al interactuar con el evento traumático, la persona aprende a responder con miedo y ansiedad desproporcionados ante ciertos estímulos y desarrolla una aprensión o expectativa ansiosa a volver experimentar las respuestas condicionadas de miedo (alarmas aprendidas) y los estímulos internos o externos relacionados con el trauma. Esta aprensión ansiosa implica un procesamiento defectuoso de la información junto con un gran afecto negativo.

La respuesta de la persona está asimismo moderada por factores como las habilidades de afrontamiento y el apoyo social (compañía, tranquilización, comprensión, ayuda en la búsqueda y puesta en práctica de soluciones), de forma que estos influirán en el posible surgimiento del TEPT y/o en su mantenimiento o superación. Conviene tener en cuenta que una falta de apoyo social puede ser debida a diversos factores: déficit de relaciones sociales (el TEPT es más probable en personas solteras, divorciadas, viudas o con un aislamiento social importante), poca disposición de los otros para ayudar, reacciones negativas de los otros (culpabilización, incompreensión, incredulidad, curiosidad morbosa) o renuencia de la persona a comunicar sus experiencias. La sobreprotección y el sentir pena por el paciente no son formas útiles de apoyo social. Por otra parte, el apoyo o falta de apoyo institucional (médicos forenses, policías, abogados, jueces) puede ser especialmente importante, especialmente en víctimas de violación.

La vulnerabilidad biológica heredada puede consistir en una hiperactivación autónoma crónica y/o en una labilidad noradrenérgica. Por el momento las pruebas son escasas y se basan principalmente en estudios que indican una

mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos en familias de pacientes con TEPT que en familias control y en estudios que muestran una mayor activación crónica en pacientes con TEPT que en sujetos control; sin embargo, en este último caso es difícil establecer cuál es la causa y cuál es el efecto. De todos modos, existen también un par de estudios con gemelos que indican que los factores genéticos explican alrededor de un 30% de la varianza en los síntomas del TEPT e incluso influyen en el riesgo a padecer cierto tipo de traumas, en concreto aquellos que implican violencia (robo, secuestro, ser golpeado, asalto sexual) (63). Esto último podría explicarse por la mediación de ciertos rasgos de personalidad, tales como el neuroticismo.

En cuanto a la vulnerabilidad psicológica se considera que la percepción de incontrolabilidad y/o impredecibilidad de los sucesos traumáticos es un factor clave en la producción del TEPT. Sin embargo, los efectos de dichos sucesos se ven atenuados si se tiene una historia de experiencias previas de control. Los acontecimientos vitales negativos previos al trauma, especialmente si son muy adversos (muerte de un familiar querido, enfermedad grave, experiencias traumáticas previas, problemas económicos importantes) también influyen en cómo se reaccionará al suceso traumático. Kaplan, Sadock y Grebb (41) y de Paúl (45) han señalado otros factores de vulnerabilidad que pueden facilitar la aparición o mayor gravedad del TEPT: sucesos traumáticos en la infancia (p.ej., maltrato físico, abuso sexual), ciertos rasgos de personalidad (dependiente, límite, neuroticismo), abuso/dependencia de alcohol actual o reciente, historia de trastornos psiquiátricos (p.ej., trastornos de ansiedad o afectivos). Estos factores pueden contribuir a la percepción de impredecibilidad y/o incontrolabilidad.

Se piensa que la expectativa o aprensión ansiosa es una estructura cognitivo-afectiva que, una vez establecida, es básicamente automática. Es decir, no depende de que se den valoraciones e interpretaciones cognitivas conscientes, sino que se almacena profundamente en la memoria a largo plazo como una serie de proposiciones en el sentido de Lang (64). Según este autor, la estructura de información de una emoción es concebida como una red asociativa conceptual que contiene proposiciones o representaciones de estímulos (el contexto de la acción), respuestas (verbales, motoras y

viscerales) y significado de los elementos de estímulo y respuesta (significado de amenaza en los trastornos de ansiedad). Este significado viene incluido tanto en asociaciones automáticas entre estímulos, respuestas y consecuencias, como en la forma de expectativa, interpretaciones, evaluaciones y creencias.

Cuando una red afectiva es activada, es decir, cuando las señales de entrada concuerdan con los conceptos de la red, el resultado es una emoción. Esta concordancia puede ocurrir con representaciones de estímulos, de respuestas y/o de significado. De este modo, en el caso de una persona con TEPT debido a combate, la red afectiva correspondiente puede verse activada por la visión de un arma determinada o también por la presencia de algo vagamente parecido a dicha arma si algunas de las proposiciones de respuesta de la red están asimismo activadas como ocurriría si hubiera una activación simpática debida a ejercicio físico. Similarmente, un estado afectivo puede potenciar otro en el caso de que ambos compartan elementos o proposiciones de respuesta.

En el modelo de Lang (64), la producción de una emoción puede ser debida a la activación de representaciones de estímulos, de respuestas y/o de significado. Además, estas tres representaciones están interrelacionadas, de modo que la activación de una lleva a la activación de las otras, aunque el nivel de esto depende del grado de asociación de aquellas. Puesto que cualquiera de los tres tipos de representación puede producir directamente una emoción, esto quiere decir que no tiene por qué haber expectativas o interpretaciones conscientes para que se produzca un estado de ansiedad.

Dada la naturaleza e intensidad de las situaciones traumáticas y la percepción subjetiva de gran amenaza, es comprensible, en términos de condicionamiento clásico, no sólo que múltiples estímulos presentes durante el trauma (que eran neutrales o estaban asociados con seguridad) adquieran propiedades generadoras de miedo (y de sobresalto y memorias traumáticas), sino que estas propiedades se extiendan a otros muchos estímulos internos (pensamientos, recuerdos, imágenes, sensaciones) y externos (sonidos, olores, lugares, personas, objetos) que se asocian posteriormente con los anteriores (condicionamiento de orden superior) o que son similares a los mismos (generalización de estímulos). De este modo, las estructuras de miedo en el

TEPT son más amplias, intensas y fácilmente activables que las estructuras de miedo en los fóbicos. Muchos estímulos activan esta estructura y dan lugar a frecuentes respuestas de miedo, activación y reexperimentación del evento traumático. Conviene remarcar que la amenaza percibida parece mejor predictor del desarrollo del TEPT que la amenaza real (Foa, Steketee y Rothbaum, (65). De hecho, el significado que la persona otorga a sus experiencias puede explicar aquellos casos en que se producen cambios positivos tras un suceso traumático; por ejemplo, mayor aprecio por la vida y por otros valores poco considerados hasta el momento.

La percepción de frecuentes reacciones de miedo como impredecibles y/o incontrolables lleva a la persona a reaccionar con hiperactivación crónica, hipervigilancia hacia los estímulos temidos y reducción del foco atencional; también es más probable que interprete la información ambigua como amenazante. Puesto que una gran activación fue típica del trauma original, la hiperactivación crónica combinada con una hipervigilancia hacia la activación que puede señalar el inicio de respuestas de miedo facilitará estas respuestas y las memorias traumáticas asociadas. Además, la hiperactivación crónica favorece la aparición de pensamientos e imágenes intrusos, muchos de ellos relacionados con el trauma; la focalización de la atención en este material que puede señalar también el comienzo de reacciones emocionales incontrolables facilitaría la reexperimentación del trauma (62).

Las expectativas de peligro y ansiedad (que implican una sobrestimación de la probabilidad y aversividad de aquello que se teme) y/o la experiencia de ansiedad, en conjunción con la carencia percibida de habilidades adecuadas para afrontar estímulos internos y/o externos que se perciben como impredecibles y/o incontrolables, favorecen las conductas de escape y/o evitación de dichos estímulos temidos. Estas conductas reducen o previenen las respuestas condicionadas de ansiedad y, supuestamente para la persona, los peligros temidos (reforzamiento negativo), pero impiden el procesamiento emocional de la información (p.ej., las memorias traumáticas sólo son accedidas en parte y durante un periodo no prolongado de tiempo) y contribuyen a mantener las expectativas de amenaza y la reexperimentación del trauma. Las conductas de escape o evitación pueden ser externas (evitar

actividades, conversaciones, lugares, gente) o internas (evitar pensamientos, sensaciones, sentimientos). El embotamiento emocional puede verse como un intento de evitar las reacciones emocionales perturbadoras y, en casos graves, los estados disociativos pueden ser el resultado de intentos de evitar las memorias traumáticas. El abuso de sustancias psicoactivas puede representar otra forma de evitación.

El modelo de Horowitz citado en (62) es interesante en relación al apartado anterior. Según este autor, debido a que los sucesos traumáticos requieren cambios masivos en los esquemas cognitivos, el procesamiento completo de los mismos lleva cierto tiempo. Sin embargo, la memoria activa tiende a repetir sus representaciones del suceso traumático y sobrepasa los recursos de afrontamiento de la persona. En consecuencia, se pone en marcha un sistema regulador inhibitorio que permita una asimilación más gradual de la información traumática. Si el control inhibitorio es débil, surgen los síntomas de reexperimentación tales como las pesadillas y las memorias vívidas y repentinas (flashbacks); si es muy fuerte, aparecen los síntomas de evitación (restricción afectiva, perturbaciones del sueño, etc.). La persona alterna entre las fases de intrusión (intentos de procesar e integrar el trauma) y evitación (intentos de no ser arrollado por los síntomas intrusos); esta última fase reduce la ansiedad, pero enlentece el procesamiento cognitivo y, si es fuerte, contribuye al mantenimiento del trastorno.

La experiencia traumática modifica (o, según los casos, refuerza) las expectativas, atribuciones, interpretaciones o, en general, las creencias de la persona relacionadas no sólo con sus respuestas de miedo y ansiedad, sino también con otros estados emocionales como culpa (p.ej., al atribuirse la responsabilidad principal de lo ocurrido), vergüenza, disgusto, depresión (p.ej., al considerar que uno ha perdido su dignidad o que nunca podrá superar su estado) y/o ira (p.ej., al percibir como injusto lo que le ha pasado). Estas cogniciones y emociones asociadas pueden facilitar igualmente las memorias intrusas, la activación y las conductas de evitación (46). Ejemplos de creencias previas son: "una persona no puede ser violada por un amigo o alguien en quien confía"; "un padre nunca haría esto" (abuso sexual); "si una mujer quiere, no será violada". Una creencia muy extendida es la del mundo justo: "las cosas

buenas les pasan a la gente buena y las malas a la gente mala"; esta creencia puede hacer ver el mundo como más seguro y predecible, pero tiene efectos negativos cuando a uno le sucede un acontecimiento traumático.

Otros factores que puede agravar los síntomas del TEPT son la ausencia de apoyo social, la ocurrencia de acontecimientos estresantes o, peor aún, la ocurrencia de nuevos sucesos traumáticos o la observación o conocimiento de los mismos en otros. Salvo el primero, todos estos factores pueden contribuir al resurgimiento o reconocimiento del TEPT mucho tiempo después (incluso años) del suceso traumático al reavivar un conflicto no superado. En otros casos, el TEPT puede quedar al descubierto al permanecer la persona en contacto con una situación reminiscente del trauma; por ejemplo, al establecer una mujer con TEPT subsecuente a violación una relación de pareja o al tener que acudir a juicio meses después. Si el TEPT puede tener un surgimiento demorado o esto es simplemente una apariencia debida a una evaluación poco cuidadosa o a un agravamiento gradual de los síntomas a lo largo del tiempo es una cuestión debatida.

Desde un punto de vista biológico, se ha argüido que es posible que los sistemas transmisores de la noradrenalina y dopamina queden alterados en respuesta al suceso traumático y que esto favorezca la aparición de reacciones de miedo en ausencia de estímulos amenazantes (falsas alarmas), síntomas intrusos (pesadillas, recuerdos), respuestas de sobresalto, irritabilidad y conducta agresiva. Se ha dicho además, que durante el evento traumático se produce una analgesia mediada por la liberación de opiáceos endógenos. La reexposición a los recuerdos del trauma provoca frecuentes respuestas opiáceas que pueden favorecer una adicción al trauma. Cuando la reexposición cesa, el nivel de opiáceos endógenos disminuye, aumenta la actividad adrenérgica y aparecen síntomas como respuestas de sobresalto, hipervigilancia, ansiedad y perturbaciones del sueño. Finalmente, la disminución de noradrenalina (que puede seguir a un aumento de la misma ante estímulos asociados con el trauma) y serotonina puede dar lugar a síntomas de anhedonia, retraimiento social y embotamiento afectivo (46).

En algunos casos, la existencia de compensaciones económicas, reclamaciones judiciales, mayor atención y comprensión, y satisfacción de las

necesidades de dependencia pueden contribuir en mayor o menor medida al mantenimiento del trastorno.

El TEPT tiene consecuencias negativas que pueden aumentar la motivación de la persona para buscar una solución a su trastorno.

Las personas con TEPT pueden sentirse dolorosamente culpables por cosas que hicieron o no hicieron, por sentimientos que experimentaron o no experimentaron y por pensamientos o creencias previos que son considerados falsos tras el trauma. Así, los pacientes pueden sentirse culpables por haber sobrevivido cuando otros no lo hicieron, por las cosas que tuvieron que hacer para sobrevivir, por no haber prestado suficiente ayuda a los otros, por no haber sido capaces de prever o evitar la ocurrencia del suceso (en casos de violación, p.ej.) o, en el caso de mujeres maltratadas, por no sentir suficiente ira hacia el agresor o por no haber abandonado antes la relación.

Especialmente tras sucesos traumáticos de tipo interpersonal pueden aparecer problemas como: perturbación de la modulación del afecto; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; quejas somáticas y enfermedades (que llevan a una mayor frecuencia de visitas médicas); sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; ideas o intentos de suicidio; sentirse permanentemente perjudicado; pérdida de creencias anteriores (p.ej., el mundo ya no es un lugar seguro en el que se puede confiar en los otros, sino un lugar peligroso en el que uno no se puede fiar de la gente); hostilidad; retraimiento social; sentirse constantemente amenazado; deterioro de las relaciones con los demás; abuso/dependencia de sustancias; cambio de las características previas de personalidad (34). Aparte de la autoculpabilización y de los sentimientos de indefensión, la reducción de las relaciones sociales, lúdicas y sexuales contribuye a crear un mayor estado depresivo.

Es frecuente que el TEPT interfiera en el ámbito familiar, social y laboral. Por ejemplo, en ex-combatientes con TEPT se ha observado una mayor frecuencia de maltrato físico y verbal a sus mujeres e hijos, de conflictos conyugales y familiares, de divorcio, de permanecer solteros, de desempleo o pérdida del empleo; y una menor motivación y satisfacción social y una menor satisfacción

sexual. Además, sus mujeres son más infelices y sus hijos presentan más trastornos de comportamiento. de Paúl, (45).

## **2.2.6 BASES NEUROBIOLÓGICOS EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

En el trastorno de estrés posttraumático (TEPT) existen alteraciones biológicas similares a las observadas en la respuesta al estrés (66). Sin embargo, algunas de las alteraciones encontradas en el TEPT no parecen responder al modelo de estrés habitual (66). En el momento actual existen evidencias que sugieren que la disregulación de los sistemas glutamatérgico, noradrenérgico, serotoninérgico y de determinados sistemas neuroendocrinos juegan un papel fundamental en la patología del TEPT. A continuación se resumirán los hallazgos más importantes existentes en cada una de dichas áreas.

### **A. ESTUDIO DE SISTEMAS DE NEUROTRANSMISIÓN.**

#### **A.1 SISTEMA GLUTAMATERGICO Y GABAERGICO.**

Existe una amplia evidencia que pone de manifiesto que los sistemas glutamatérgico y gabaérgico juegan un papel importante en la psicobiología del TEPT. El glutamato, principal neurotransmisor excitador del sistema nervioso central (SNC), actúa al menos sobre tres subtipos de receptores, dos de los cuales tienen gran importancia en la psicobiología del TEPT (el N-metil-D-aspartato, VNMDA y el ácido-amino-3-hidroxi-5-metil-4-isoxazol-propiónico, VAMPA). El AMPA está ligado al proceso de la percepción, mientras que la codificación de la memoria de trabajo requiere la activación de ambos, AMPA y NMDA. El ácido gamma-aminobutírico (GABA) ejerce sus efectos a través de su unión al receptor GABA-A (el receptor más abundante del cerebro), que inhibe la activación de la mayoría de las neuronas. Tanto a nivel cortical como subcortical, el glutamato estimula los receptores AMPA y NMDA, que, en paralelo, propician que las interneuronas gabaérgicas liberen GABA. Por tanto, la liberación de glutamato y GABA ocurre a la vez y el fino balance entre la función excitadora del glutamato y la inhibidora GABA evita un excesivo nivel de transmisión excitadora que podría tener consecuencias adversas. Las consecuencias de un estrés extremo posiblemente son mediadas por una regulación a la baja (down-regulation) del sistema gabaérgico, que permite una

excesiva activación del sistema glutamatérgico que a su vez provoca un almacenamiento de la memoria de trabajo (67). Se ha hipotetizado que el TEPT es consecuencia de una excesiva estimulación del sistema NMDA, que desencadenaría un excesivo flujo de iones  $\text{Ca}^{2+}$  en las neuronas postsinápticas que podría generar recuerdos profundamente arraigados (posible mecanismo de génesis de los flashbacks). Por otra parte, los iones  $\text{Ca}^{2+}$  son excesivamente tóxicos para las células y pueden provocar citotoxicidad y muerte celular, lo cual podría explicar la pérdida celular detectada en el TEPT. A su vez, anomalías en la inhibición gabaérgica podrían generar un incremento de la conciencia, o respuesta, al estrés (68). Otras explicaciones propuestas están relacionadas con la liberación, durante la reexperimentación de recuerdos traumáticos, de benzodiazepinas endógenas productoras de ansiedad que actúan sobre receptores gabaérgicos (69). Si esta hipótesis fuera cierta, un antagonista de receptores benzodiazepínicos, como el flumacenilo, podría tener efectos beneficiosos en el tratamiento del TEPT (68).

## **B. SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO**

La activación del Sistema Nervioso Simpático (SNS) juega un importante papel en la respuesta del organismo al estrés o ante situaciones amenazantes. Ante condiciones de extremo estrés el SNS se dispara como una unidad con el fin de maximizar la movilización y utilización de energía.

### **B.1 Catecolaminas**

**B.1.1. Estudios en orina de 24 horas.** La mayoría de investigaciones se centran en la excreción urinaria media durante 24 horas de noradrenalina. En este sentido, diversas investigaciones han demostrado su elevación en pacientes veteranos de combate, al ser comparados con controles sanos (70) (71) o con otros pacientes psiquiátricos (72) y en mujeres con historia de abuso sexual durante la infancia (73). Pitman y Orr (74), comunican que el nivel medio de noradrenalina en veteranos de combate sin TEPT es estadísticamente equivalente al de veteranos con TEPT, sugiriendo que las alteraciones en la excreción de noradrenalina pueden estar más en función del trauma que del propio TEPT. De hecho, la media de excreción de noradrenalina en ambos grupos fue comparable con los niveles que Yehuda et al (70) observaron en veteranos de combate con TEPT. Y, Mellman et al (75) no encuentran

diferencias en la secreción urinaria de noradrenalina y su principal metabolito, el 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG), entre veteranos de combate con TEPT y controles sanos, si bien ambos grupos difieren en la secreción nocturna y diurna de MHPG, haciendo pensar en una posible relación entre alteraciones del sueño y una actividad noradrenérgica aumentada durante la noche en pacientes con TEPT. Por otra parte, Davidson y Baum (76) refieren elevaciones de la frecuencia cardíaca en reposo, presión arterial y noradrenalina urinaria en personas que viven dentro de las 5 millas de la planta nuclear de Three Mile Island, independientemente de que padezcan TEPT o no. Por otra parte, la excreción urinaria de dopamina (70) (71), así como de su metabolito, el ácido homovanílico VHVA (71), está elevada tanto en pacientes ingresados (70), como en pacientes ambulatorios (70) (71). Estos hallazgos están en consonancia con la reciente evidencia de una hiperactivación del sistema dopaminérgico central inducida por el estrés (77) (78). Así, algunos síntomas del TEPT entre los que se incluye ansiedad generalizada, ataques de pánico, hipervigilancia, respuesta exagerada de alarma y alteraciones en la memoria y atención podrían estar ligadas a una hiperactividad del sistema dopaminérgico (77).

**B.1.2. Niveles plasmáticos de catecolaminas.** Los niveles basales de noradrenalina en plasma, en líneas generales, no son capaces de diferenciar entre pacientes con TEPT y sujetos control (79) (80). Sin embargo, Yehuda et al (81), encuentran que en veteranos de combate afectados de TEPT, se detectan unos niveles de noradrenalina plasmática significativamente superiores a los detectados en veteranos afectados de TEPT y depresión comórbida, a los detectados en pacientes con depresión mayor y a los detectados en controles sanos. No obstante, esos cuatro grupos no difieren en los niveles plasmáticos del principal metabolito de la noradrenalina, el MHPG. Por otra parte, Spivak et al (71), refieren, un incremento de la concentración de noradrenalina en plaquetas, en grupo de veteranos de guerra israelíes con diagnóstico de TEPT al ser comparados con un grupo control de voluntarios sanos. Quizás uno de los hallazgos más relevantes de este estudio consiste en detectar un incremento del cociente NE/5-HT en las plaquetas de los pacientes con TEPT. Lo cual puede poner de manifiesto, que ambos sistemas, noradrenérgico y

serotonérgico juegan un papel relevante en el TEPT. Varios hechos parecen apoyar esta hipótesis. Por un lado, estudios preclínicos indican que el incremento de la neurotransmisión serotoninérgica puede disminuir la actividad noradrenérgica neuronal, así la estimulación del rafe dorsal inhibe la estimulación del locus coeruleus (82). Además, existe un estudio clínico que demuestra que la fluvoxamina (un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, VISRS) es capaz de bloquear el efecto ansiogénico inducido por la yohimbina (83). Por último, se ha sugerido que el efecto terapéutico de los ISRSs, puede ser debido no sólo a su acción sobre la neurotransmisión serotoninérgica, sino también a la inhibición secundaria del sistema noradrenergico (84).

**B.1.3. Receptores catecolaminérgicos.** El estado funcional de los receptores puede proveer información acerca de los efectos a largo plazo de las alteraciones de la neurotransmisión catecolaminérgica. Dos estudios, uno realizado en veteranos de guerra (85) y otro en niños traumatizados (86), encuentran un menor número de lugares de unión  $\alpha_2$ -adrenérgicos en las plaquetas de las personas con TEPT, en comparación con el grupo control. Perry et al (87), sugieren que la elevación crónica de catecolaminas circulantes podría ser responsable de una regulación a la baja (downregulation) o un descenso del número de receptores disponibles. Esa reducción en el número de receptores disponibles puede representar una respuesta adaptativa a la sobreestimulación provocada por el agonista.

**B.1.4. Tests de estimulación.** En estos tests, el sujeto bien es expuesto a un estímulo externo que recuerda al trauma o bien se le administra una sustancia exógena y posteriormente se recogen las respuestas comportamentales, fisiológicas y neuroendocrinas consecuentes a tales estímulos. La realización de este tipo de estudios pone de manifiesto, en líneas generales, la existencia de respuestas diferentes entre pacientes y controles tanto cuando son expuestos a estímulos externos (79) (88), como cuando son expuestos a la administración de sustancias exógenas tales como lactato (89), clonidina (90), yohimbina (91) (92) y 2-fluoro-2-desoxiglucosa más yohimbina (93). Esas respuestas diferenciales parecen apoyar la hipersensibilidad noradrenérgica detectada en los pacientes con TEPT.

### C. SISTEMA SEROTONERGICO

La serotonina (5-HT), en humanos, parece desempeñar un papel fundamental en la regulación de la agresión, impulsividad y el humor (94). Alteraciones de dichos afectos y comportamientos son frecuentes en pacientes que han vivido acontecimientos traumáticos y desarrollado un TEPT, lo cual sugiere que alteraciones en la regulación de la serotonina pueden desempeñar un papel en dicho trastorno. Por otra parte, la serotonina participa en la modulación de la liberación de corticoides ante el estrés, mediante el incremento de la secreción de factor liberador de corticotropina (CRF) (95). Arora et al (96) refieren un descenso significativo de la captación plaquetaria de serotonina en pacientes con TEPT en comparación con controles y con pacientes con TEPT que además presentan criterios de depresión mayor comórbida. Por el contrario, Weizman et al (97), no son capaces de replicar esos hallazgos en pacientes varones afectados de TEPT. Posteriormente, Spivak et al (71), refieren un descenso de la concentración de 5-HT en plaquetas, en un grupo de veteranos de guerra israelíes con diagnóstico de TEPT al ser comparados con un grupo control de voluntarios sanos. Por otra parte, la meta-clorofenilpiperazina (mCPP) un agonista mixto de receptores 5-HT-, es capaz de inducir flashbacks y ataques de pánico en un grupo de veteranos de guerra afectados de TEPT, lo que sugiere un incremento de la sensibilidad de receptores serotoninérgicos en esta subpoblación (91). Los mismos autores (91), también observaron que el subgrupo de pacientes (31%) que era sensible a la estimulación con mCPP difería de los que eran sensibles a la estimulación con yohimbina, sugiriendo que desde el punto de vista neuroquímico existirían dos subgrupos de pacientes con TEPT: uno con una sensibilización del sistema serotoninérgico y otro con una sensibilización del sistema noradrenérgico. De igual modo, existe evidencia de eficacia, al menos parcial, de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRSs) en el tratamiento de determinados síntomas del TEPT (ver capítulo de tratamiento), lo cual está a favor de la involucración de la serotonina en este trastorno. Próximos estudios podrán determinar si los pacientes con TEPT sensibles a mCPP o yohimbina responden de modo diferente a los ISRSs.

#### D. EJE HIPOTALAMICO-HIPOFISO-ADRENAL

En personas normales el estrés estimula la producción de factor liberador de corticotropina (CFR) y otros neuromodulares por parte del hipotálamo, que consecuentemente generan la liberación de corticotropina (ACTH) y cortisol, por parte de la hipófisis y de las glándulas adrenales, respectivamente. Dichas hormonas regulan su propia liberación mediante un feed-back negativo.

En lo que respecta a la excreción urinaria de cortisol los resultados obtenidos por los estudios existentes son discrepantes. Aunque varios trabajos sugieren que estos pacientes tienen una excreción urinaria de cortisol inferior a la de otros pacientes psiquiátricos y a la de individuos control (98), también existen otros que refieren valores incrementados de cortisol urinario en estos pacientes (74). Un dato bastante consistente en pacientes con TEPT es la existencia de una hipersecreción de CRF (99) pero, paradójicamente, ésta se acompaña de un descenso de los niveles basales de cortisol plasmático (100) y de un incremento del feedback negativo del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal. Una de las primeras explicaciones dadas ante los bajos niveles de cortisol detectados en el TEPT fue la de una adaptación crónica del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal al estrés. En tales condiciones de adaptación crónica, sería lógico encontrar unos niveles de CRF disminuidos y, sin embargo, como ya se ha comentado, la concentración en líquido cefalorraquídeo de CRF es más elevada en pacientes con TEPT que en voluntarios sanos (99). La presencia de bajas concentraciones de cortisol en personas que sobreviven a acontecimientos traumáticos es un hecho que parece ir en contra de la idea de que el estrés (y los síntomas psiquiátricos) podrían asociarse con elevadas concentraciones de cortisol. Una de las cuestiones que podemos plantearnos es cuando, en el curso de la adaptación al trauma, se detectan por vez primera las bajas concentraciones de cortisol. En los estudios mencionados con anterioridad, las concentraciones de cortisol se obtienen meses, años o incluso décadas después de la exposición al estresor. Este hecho ha llevado a algunos investigadores a hipotetizar que las bajas concentraciones de cortisol detectadas en TEPT podrían reflejar una adaptación crónica del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal. La hipótesis anteriormente mencionada lleva implícita la posibilidad de que si la concentración de cortisol se hubiese medido

en el momento de sufrir el acontecimiento traumático, podría haber sido elevada, sobre todo en aquellos sujetos que posteriormente desarrollan problemas psiquiátricos o TEPT. En este sentido es interesante tener en cuenta los hallazgos realizados por Bourne et al (101), que determinaron la concentración urinaria de metabolitos del cortisol (17-hidroxicorticosteroides) en soldados de la guerra de Vietnam, antes del ataque enemigo. En contra de la teoría del estrés que podría hacer pensar que los niveles de cortisol deberían ser elevados, los investigadores encontraron concentraciones inferiores de dicho metabolito en esos soldados en comparación con personas normales. Este estudio pone, por tanto, de manifiesto que ante situaciones extremadamente traumáticas las concentraciones de cortisol pueden ser inferiores a las normales. Dos estudios prospectivos y longitudinales realizados recientemente aportan nuevos datos. En el primero (102), se miden los niveles de cortisol en personas que acuden a un servicio de urgencias en las primeras horas (generalmente 1 ó 2 horas) tras haber sufrido un accidente de coche. Posteriormente, a los 6 meses, dichas personas fueron evaluadas con el fin de determinar presencia o ausencia de trastorno psiquiátrico. En las personas que desarrollaron un TEPT, la respuesta del cortisol inmediatamente después del accidente fue significativamente más baja que la de aquellos que posteriormente desarrollaron una depresión mayor y los niveles de cortisol de los que no desarrollaron ningún trastorno psiquiátrico se situaron en una posición intermedia. Estos resultados sugieren que las alteraciones en el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal de los pacientes con TEPT están presentes desde las primeras horas tras el acontecimiento traumático. Otro estudio (103), revela que mujeres con antecedentes de violación o asalto tienen niveles de cortisol relativamente más bajos, inmediatamente tras el acontecimiento traumático, que las mujeres controles. Por tanto, los niveles de cortisol posteriores a un acontecimiento traumático podrían ser influidos por factores que preceden al trauma. Lo cual, es importante, ya que sugiere que podría predecirse quién va a desarrollar un TEPT a partir de la respuesta aguda (niveles de cortisol) al acontecimiento traumático. También podría ser posible que algunas respuestas que aparecen en los momentos posteriores al evento traumático desaparecieran posteriormente, con el desarrollo del TEPT, poniendo de manifiesto que el TEPT es una enfermedad con una biología progresivamente

cambiante. Shalev et al (104), observaron una frecuencia cardíaca media, inmediatamente tras el acontecimiento traumático, significativamente más elevada en las personas que desarrollaron TEPT tras 4 meses de seguimiento (el 23.4% de 86 personas que acudieron a un servicio de urgencias tras sufrir un acontecimiento traumático en el que no sufrieron ningún tipo de daño físico). La frecuencia cardíaca del grupo que desarrolló TEPT permaneció más elevada en la primera semana del seguimiento, sin embargo, posteriormente, entre los meses 1 y 4 no se observaron diferencias entre ambos grupos (los que posteriormente desarrollaron TEPT y los que no).

Este hecho (asociación al posterior desarrollo de TEPT de bajos niveles de cortisol y de frecuencia cardíaca elevada), resulta interesante, sobre todo, si se tiene en cuenta el papel que las interacciones del SNS y del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal juegan en el estrés. Así, normalmente, en situaciones de estrés los niveles de cortisol podrían inhibir el sistema adrenérgico. Pudiera ser que determinadas personas expuestas a un acontecimiento traumático experimentaran una mayor elevación de su frecuencia cardíaca en los momentos siguientes al trauma porque el cortisol es incapaz de inhibir esa respuesta. La incapacidad del cortisol para contener la respuesta del SNS también puede dar lugar a fallos en la normal consolidación del recuerdo. De hecho, existen evidencias de que las catecolaminas, sobre todo la adrenalina, incrementa la consolidación del recuerdo en ratas (105). Ese efecto parece estar modulado, al menos en parte, por esteroides adrenales, ya que la extirpación de las glándulas adrenales en animales les hace más sensibles al efecto de la adrenalina en la consolidación del recuerdo (106). Además, cuando a esos animales se les administran glucocorticoides exógenos, se hacen menos sensibles a los efectos incrementadores del recuerdo mediados por la adrenalina (107). Otra cuestión de interés es determinar si estas personas tienen niveles bajos de cortisol incluso antes del acontecimiento traumático, o si, por el contrario, son otros los motivos que llevan a que en ellas se desarrollen respuestas anómalas ante acontecimientos traumáticos. En este sentido, se ha demostrado que los niveles de cortisol son bajos en los hijos de supervivientes del Holocausto (108), además los hijos de supervivientes del Holocausto tiene un riesgo 3 veces mayor de desarrollar TEPT que los

correspondientes controles (109), el riesgo de padecer TEPT es superior en hijos cuyos padres padecen TEPT crónicamente, que en los que no lo padecen de modo crónico (110). Por otra parte, los bajos niveles de cortisol se detectan tanto en descendientes que padecen TEPT, como en descendientes de alto riesgo (hijos de padres con TEPT) que no han estado expuestos a acontecimientos traumáticos y que por tanto no han podido desarrollar un TEPT.

#### 4.2. Receptores de glucocorticoides en linfocitos.

Los efectos fisiológicos y comportamentales del cortisol dependen de su capacidad para unirse a receptores glucocorticoides. Esos receptores se encuentran situados en el citosol de las células. Una vez que el cortisol se ha unido al receptor, el complejo esteroide-receptor se introduce en el interior del núcleo celular. Dicho proceso inicia la transcripción de ARNm y la síntesis de proteínas que modifica la estructura y función de las células (111). El cortisol ejerce sus acciones uniéndose a dos tipos diferentes de receptores: los mineralcorticoides (MR o tipo 1), o los glucocorticoides (GR o tipo 2). La afinidad de los MR por el cortisol es aproximadamente 10 veces mayor que la de los GR, por tanto, los MR están ocupados por cortisol en condiciones basales, mientras que los GR empiezan a ocuparse tras estrés y en el pico circadiano. Se piensa que los GR están implicados en la retroalimentación negativa que se produce tras el incremento de cortisol debido al estrés. Dado que los linfocitos de sangre periférica poseen receptores de glucocorticoides similares a los hallados a nivel cerebral, su estudio puede reflejar aspectos de la regulación periférica y central del cortisol (112). En depresión mayor, el número y sensibilidad de receptores GR en linfocitos es inferior al normal (113). De este modo, aunque en la depresión mayor existe un incremento de la concentración de cortisol, el decremento de la sensibilidad de los receptores puede dar lugar a una atenuación de los efectos biocomportamentales de los esteroides. Ese fenómeno se conoce con el nombre de resistencia glucocorticoide (114). Esta resistencia explica por qué los pacientes con depresión y niveles de cortisol muy elevados no muestran evidencia de trastornos endocrinológicos como el síndrome de Cushing. Yehuda et al (113), citado en (115), encuentran un mayor número de receptores glucocorticoideos

en veteranos de guerra con TEPT que en otros pacientes psiquiátricos o controles sanos. Esos hallazgos son consistentes con las observaciones de bajos niveles de cortisol halladas en TEPT, ya que los bajos niveles circulantes de una hormona o neurotransmisor usualmente se asocian con una regulación al alza (upregulation) o incremento del número de receptores. Yehuda et al (citado en (91)), también refieren que el número de receptores de glucocorticoides es significativamente más elevado en veteranos de guerra sin TEPT que en controles sanos. Ese hallazgo sugiere que la exposición a un acontecimiento traumático, per se, puede desencadenar a largo plazo cambios en los receptores de glucocorticoides. Además, el número de receptores de glucocorticoides en veteranos de guerra que no cumplen criterios diagnósticos DSM-IV para este trastorno parece ser menor que el hallado en veteranos que sí lo presentan.

En el TEPT no sólo existe un incremento del número de receptores glucocorticoides, sino que éstos parecen ser más sensibles. Este hecho se determina examinando los niveles de receptores glucocorticoides en linfocitos antes y después de la administración de dexametasona. La administración de dexametasona da lugar a un decremento significativo (down-regulation) del número de receptores glucocorticoides en veteranos de combate con TEPT pero no en supervivientes de acontecimientos traumáticos sin TEPT o controles normales, lo cual sugiere que los receptores glucocorticoides de pacientes con TEPT muestran una mayor respuesta a la administración del esteroide sintético (115). El incremento de la sensibilidad de receptores glucocorticoides parece explicar uno de los hallazgos más replicados en el TEPT, que es el incremento del feedback negativo generado por el cortisol (evaluado a través de una respuesta exagerada del cortisol ante dosis bajas de dexametasona (113). El incremento de la retroalimentación negativa generada por el cortisol podría ofrecer la explicación de por qué la concentración de cortisol es baja en presencia de elevados niveles de CRF. Según el modelo propuesto por Yehuda (94), la liberación crónica de CRF daría lugar a una respuesta anómala por parte de la hipófisis. Dado que el número y la sensibilidad de los receptores glucocorticoides está incrementada, la retroalimentación negativa estaría incrementada dando lugar a una atenuación de la concentración tónica de

cortisol. Este incremento de la retroalimentación negativa contrasta con la cascada que acontece en depresión, en la que la liberación crónica de CRF da lugar a una disminución de la retroalimentación negativa y como consecuencia a un hipercortisolismo y una regulación a la baja (down-regulation) de receptores glucocorticoides. Las diferencias en el número y actividad funcional de los receptores glucocorticoides podrían explicar por qué las distintas personas responden al estrés de modo diferente. Así, en los pacientes con TEPT parece existir un incremento del número de receptores glucocorticoides (medidos en linfocitos), mientras que en los pacientes con depresión mayor se detecta una disminución de dichos receptores. Por otra parte, la mayor sensibilidad de los receptores glucocorticoides cerebrales podría explicar hallazgos recientes tales como la reducción del volumen hipocámpico detectada en pacientes con TEPT. La explicación más extendida en la literatura promulga que esa disminución del volumen hipocámpico podría ser debida al incremento del cortisol que se produce en respuesta a un acontecimiento traumático (116). Sin embargo, tal como se ha comentado con anterioridad los niveles de cortisol no se elevan en los momentos siguientes al trauma en las personas que tienen más probabilidades de desarrollar un TEPT, ni tampoco están elevados en los que lo padecen de modo crónico. Si el TEPT se caracterizase no sólo por un incremento de la sensibilidad de los receptores glucocorticoides linfocíticos, sino también a nivel hipocámpico, la atrofia hipocámpica podría producirse incluso aunque los niveles de cortisol no estuviesen incrementados (117). El hecho de que la respuesta de los receptores glucocorticoides contribuya de un modo más relevante que los niveles de cortisol al descenso del volumen hipocámpico permitiría entender porque no todas las personas que sobreviven a un acontecimiento traumático desarrollan un menor volumen hipocámpico tras exposición a un trauma (118). Si esta hipótesis fuera cierta, la hipersensibilidad de los receptores glucocorticoides podría constituir la alteración primaria del TEPT (68).

4.3. Test de Supresión con Dexametasona (TSD) La dexametasona es un glucocorticoide sintético que mimetiza el efecto del cortisol, e inhibe directamente la liberación de CRF y ACTH. La administración de

dexametasona en personas sanas reduce la secreción de cortisol durante horas (niveles de cortisol inferiores a 5 mg/dl).

Existen, al menos, cinco estudios que han investigado la respuesta del cortisol a 1 mg de dexametasona en pacientes con TEPT. Todos ellos ponen de manifiesto que pacientes con TEPT y sin depresión mayor, tienen una respuesta supresora normal (119). Sin embargo, un estudio más exhaustiva pone de manifiesto que los pacientes con TEPT muestran una respuesta exagerada a la dexametasona. Así, el meta-análisis realizado por Yehuda et al (120), pone de manifiesto que los niveles medios de cortisol tras la TSD, en pacientes con TEPT sin depresión, oscilan en torno a 1.74 mg/dl (un valor claramente inferior al establecido como umbral de 5 mg/dl). Como ya se ha comentado, existen varios estudios (113) que han investigado la hiperrespuesta supresora del cortisol ante la dexametasona utilizando menores dosis de dexametasona que las utilizadas habitualmente. Estos estudios ponen de manifiesto una hiperrespuesta a menores dosis de dexametasona, reflejadas por unos niveles de cortisol significativamente más bajos, en pacientes con TEPT que en sujetos control sanos. Dicha hiperrespuesta se acompañó de una regulación a la baja de los receptores de glucocorticoides citosólicos de los linfocitos. Por otra parte, la hiperrespuesta a dexametasona se observa en veteranos de guerra con TEPT que cumplen criterios de trastorno depresivo mayor, pero no en veteranos de guerra sin TEPT

## **E. OTROS SISTEMAS NEUROBIOLÓGICOS**

5.1. Sistema Opiode El estrés incontrolable da lugar a un incremento en la liberación de opioides endógenos produciendo un subsecuente incremento de la analgesia (121). En estudios en animales y humanos, la administración de naloxona (antagonista opiáceo) bloquea la analgesia inducida por el estrés (122). El modelo opioide del TEPT, sugiere que la presencia de comportamientos distresantes y repetitivos en el TEPT (dolor autoinflingido, reexposición al peligro o aparición de recuerdos distresantes del acontecimiento traumático) se deben a una secreción inadecuada de los opioides endógenos ante situaciones adversas (123). Esta hipótesis, es apoyada, al menos en parte, por los hallazgos de Pitman et al (122), que

utilizando films de guerra como estresores, refieren que la analgesia inducida por el estrés es significativamente mayor en veteranos de guerra con TEPT que en controles sanos, lo que sugiere que el sistema opioide endógeno podría estar involucrado en la patofisiología del TEPT.

5.2. Eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo La relación entre el funcionamiento del eje tiroideo y el estrés postraumático cuenta con una dilatada historia. Los datos existentes hasta la fecha ponen de manifiesto una hiperfunción tiroidea en pacientes con TEPT (124). Concretamente uno de los hallazgos más repetidos consiste en un incremento de la concentración sérica de triyodotironina total (T3). ¿Cuál podría ser el motivo de ese incremento persistente de la T3? Posibles explicaciones señalan que los pacientes hubieran sido forzados a ingerir más alimentos de los necesarios o que hubieran sido alimentados con déficit de yodo (estas dos posibilidades no se han dado en los pacientes estudiados). Otra explicación surge del hecho de que el eje tiroideo participa en las respuestas de emergencia. Tradicionalmente se pensaba que este eje respondía perezosamente, pero no necesariamente sin consecuencia, ante situaciones de estrés (125). La administración intravenosa de hormona liberadora de tiotropina (TRH) da lugar a un incremento de los niveles séricos de tiotropina (TSH), T4 y T3 (probablemente secretada por la propia glándula tiroidea y no consecuencia de una desyodación periférica). La TRH ejerce, además de una acción hipofisaria sobre la secreción de TSH, una acción ergotrópica (activadora) sobre el cerebro (126). Por un lado actúa directamente sobre el cerebro produciendo un incremento del arousal y por otro, indirectamente, a través de la TSH, facilita la producción de T3, que a su vez actúa incrementando la neurotransmisión noradrenérgica cerebral (127), que es otro elemento del arousal. Bajo determinadas condiciones de estrés prolongado el eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo puede estar activado de tal modo que podría generar un incremento de la secreción de T3, que por su acción sobre determinadas estructuras cerebrales contribuiría al mantenimiento del arousal (128). Esta hipótesis se vería apoyada por el hecho de que una sustancia como el propranolol, que disminuye la concentración de T3, puede tener cierta utilidad en el tratamiento del TEPT. Otra explicación podría residir en la regulación, al menos parcial, que el SNS podría ejercer sobre el tiroides.

Pudiera ser que ante condiciones de estrés severo y mantenido, el SNS ordena a la tiroides o a otros elementos del eje tiroideo que respondiesen como si se tratase de una emergencia. Eso mismo es lo que podría ocurrir cuando la emergencia ha desaparecido del entorno, pero persiste en el cerebro (128).

## E.1 ESTUDIO DEL SISTEMA INMUNITARIO

Concentraciones elevadas de esteroides adrenales tienen un efecto supresor sobre el sistema inmunitario y aquellos estresores que activan el sistema hipotálamo-hipófiso-adrenal pueden, potencialmente, suprimir ciertas actividades inmunitarias. Por el contrario, un descenso en la activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal puede potenciar ciertas actividades inmunitarias, que en condiciones normales, están suprimidas. Como ya se ha comentado en los pacientes con TEPT se detecta una hipofunción del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, lo cual contrasta con la hipercortisolemia transitoria que usualmente aparece durante el estrés agudo. Dado que el cortisol antagoniza un amplio espectro de actividades inmunes, en los pacientes con TEPT cabría esperar un incremento de la actividad inmunitaria, ya que tienen descendidos los niveles de cortisol. Wilson et al (129) refieren un incremento del cociente CD45RO+/CD45RA+ (que constituye un índice de activación linfocítica) en mujeres que habían sufrido abuso sexual durante la infancia y que cumplían criterios DSM-IV de TEPT al ser comparadas con controles. Por otra parte Burges Watson et al (130) encuentran, en veteranos de guerra con TEPT, un incremento de la inmunidad celular, evaluada a través de un retardo en la respuesta cutánea a un panel de antígenos. Y, Spivak et al (131), encuentran un incremento en la concentración sérica de interleukina-1 (IL-1) en pacientes con TEPT. Dicha interleukina es una citokina clave en la respuesta inmune e inflamatoria (132). Por otra parte, la IL-1 puede inducir alteraciones comportamentales tales como retardo psicomotor, trastornos del sueño, alteración de la función sexual, reacciones de miedo, anorexia, pérdida de peso y anergia (133). Además la IL-1 estimula el recambio catecolaminérgico y la actividad del SNS (134) y la actividad del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (135) y, por último, regula la expresión del gen del transportador de 5-HT. Posteriormente, Maes et al (136) encuentran, en pacientes con TEPT, una

concentración sérica significativamente superior de interleukina 6 (IL-6) y del receptor soluble de dicha interleukina (sIL-6R), que en voluntarios sanos. Los pacientes con TEPT a menudo responden ante estresores leves con respuestas de ansiedad exageradas (137). En el momento actual existen evidencias de que estresores psicológicos pueden propiciar la producción / secreción de citocinas proinflamatorias. Por tanto, es tentador especular que el incremento de la secreción de citocinas proinflamatorias puede tener un papel en el desarrollo de la ansiedad subsecuente a eventos traumáticos y en las respuestas de ansiedad exageradas ante estresores leves (136). La implicación de citocinas proinflamatorias en la patofisiología del TEPT puede suponer un efecto sobre la transmisión sináptica en estructuras como hipocampo y amígdala y en el SNS (138). Dado que las estructuras catecolaminérgicas de hipotálamo y amígdala juegan un papel importante en las reacciones de miedo, miedo condicionado, almacenamiento y recuperación de recuerdos traumáticos y en la sensibilización (137), no es descabellado hipotetizar que la secreción de citocinas proinflamatorias inducida por el estrés (como IL-1 e IL-6) está implicada en la fisiopatología catecolaminérgica del TEPT (136). Por otra parte, esas citocinas (IL-1 e IL-6) incrementan la actividad del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (139). Por tanto, cabría esperar un incremento en la actividad de dicho eje y una correlación entre indicadores de actividad del sistema de respuesta inflamatoria e indicadores de actividad del sistema hipotálamo-hipófiso-adrenal en TEPT. Como ya se ha comentado con anterioridad, algunos estudios (75) (136), entre otros. Refieren un incremento del cortisol urinario en pacientes con TEPT. Sin embargo, hasta la fecha no se ha logrado demostrar una correlación entre los niveles de cortisol urinario y el nivel sérico de IL-6 (Maes et al, citado en (136)), ni entre el nivel plasmático de cortisol y la concentración sérica de IL-1, aunque Burges Watson et (130), refieren una asociación entre el incremento de la inmunidad celular y la actividad del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal.

## CONCLUSIONES

En el momento actual se pueden realizar diversas afirmaciones acerca de los aspectos neurobiológicos del TEPT:

1. Los cambios neurobiológicos del TEPT no constituyen, necesariamente, un reflejo de las modificaciones biológicas que se observan tras la exposición aguda a un acontecimiento traumático.
2. Las alteraciones neurobiológicas detectadas en el TEPT no se traducen en un patrón clínico específico.
3. Las alteraciones neurobiológicas detectadas en el TEPT, reflejan, en algunos casos, un estado de vulnerabilidad previa, favoreciendo la aparición de determinadas respuestas biológicas anómalas. Y, en otras, sin embargo, serían consecuencias secundarias del trauma.
4. Las alteraciones neurobiológicas detectadas en el TEPT son diferentes de las observadas en otros trastornos mentales y del comportamiento, tales como el trastorno depresivo mayor, lo cual es especialmente interesante, sobre todo si se tiene en cuenta, por una lado, que varios de los síntomas del TEPT son similares a los observados en dicho trastorno, y por otro, que muchas de las personas que se enfrentan a acontecimientos traumáticos cumplen criterios diagnósticos de ambos trastornos (TEPT y trastorno depresivo mayor).
5. A pesar de que en los últimos años se han realizado importantes avances en el conocimiento de las bases neurobiológicas de este trastorno, aún quedan muchas lagunas por aclarar.
6. Las nuevas metodologías de investigación y la realización de estudios prospectivos podrán facilitar esta tarea, permitiendo el desarrollo de estrategias terapéuticas más específicas y efectivas para el tratamiento de este trastorno.

### **2.2.7 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por una serie de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos (ocurrencia o amenaza de muerte o lesiones graves o amenaza a la integridad física de uno mismo o de otras personas) a los que la persona respondió con miedo, impotencia u horror intensos (se requiere, pues, no sólo cierto tipo de sucesos,

sino también cierto tipo de respuestas). Los síntomas incluyen la reexperimentación persistente del evento traumático (p.ej., mediante sueños, recuerdos intrusos), la evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y la disminución de la capacidad general de reacción (p.ej., reducción del interés en actividades significativas, incapacidad para sentir amor), y síntomas persistentes de activación aumentada (p.ej., dificultades para conciliar o mantener el sueño, ataques de ira) (34).

El diagnóstico de TEPT según el DSM-IV requiere además que los síntomas duren más de 1 mes y que la perturbación produzca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de funcionamiento. Se distingue entre TEPT agudo y crónico según los síntomas duren menos de 3 meses o tres o más meses. También se habla de inicio demorado cuando los síntomas aparecen al menos 6 meses después del acontecimiento traumático (34).

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 (140) (141) para el trastorno por estrés postraumático proponen un criterio distinto para valorar el carácter estresante de una situación o acontecimiento determinados: éstos deben tener una "naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causaría un malestar profundo en casi cualquier persona". El diagnóstico de la CIE-10 difiere además del propuesto en el DSM-IV en que el Criterio de este último (es decir, síntomas por aumento de la activación) no se considera indispensable, ya que puede ser sustituido por la incapacidad para recordar parcial o totalmente algunos aspectos importantes del trauma; esto último es considerado como respuesta de evitación en el DSM-IV. A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 no establecen una duración mínima de los síntomas y el inicio demorado del trastorno sólo se contempla en circunstancias especiales.

El grado de concordancia entre el DSM-IV y la CIE-10 (140) es bajo. En el estudio de Andrews, Slade y Peters (142), sólo el 35% de los casos con un diagnóstico positivo según uno de estos sistemas tuvo un diagnóstico positivo en ambos sistemas (142).

### 2.2.7.1 Sucesos traumáticos

Entre los sucesos traumáticos experimentados directamente se encuentran: combate militar, ataques personales violentos (agresión sexual, agresión física, asalto), ser secuestrado, ser tomado como rehén, ataque terrorista, tortura, encarcelamiento como prisionero de guerra o en un campo de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre (incendios, explosiones, erupciones volcánicas, inundaciones, huracanes, terremotos), accidentes graves (coche, tren, barco, avión) o recibir un diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales (p.ej., cáncer, SIDA). En el caso de los niños, los sucesos traumáticos sexuales pueden incluir las experiencias sexuales evolutivamente inapropiadas sin amenaza, violencia o daño.

Los sucesos traumáticos observados incluyen la observación de daño grave o muerte no natural de otra persona debido a asaltos violentos, accidente, guerra, desastres o la visión inesperada de cadáveres humanos o parte de los mismos. Los sucesos traumáticos transmitidos incluyen agresión personal violenta, accidente grave o daño grave experimentados por un familiar o amigo íntimo; muerte repentina e inesperada de un familiar o amigo íntimo; saber que un hijo padece una enfermedad potencialmente mortal.

En el National Comorbidity Survey, un estudio epidemiológico llevado a cabo a nivel nacional en Estados Unidos con 5.877 personas, los sucesos traumáticos más frecuentes fueron presenciar una agresión grave o un asesinato, catástrofe natural y accidentes graves de tráfico. Algunos acontecimientos traumáticos son más frecuentes en varones (los tres citados y ataques físicos, experiencia de combate y ser amenazado con un arma o secuestrado) y otros en mujeres (violación, acoso sexual con contacto genital, abandono en la infancia y maltrato físico en la infancia) (48).

El TEPT es más probable, grave y/o duradero cuando el agente estresante es aplicado directamente por el hombre (p.ej., tortura, violación, violencia familiar, terrorismo). La probabilidad de desarrollar TEPT aumenta cuando se incrementan la intensidad, duración y/o frecuencia del agente estresante y cuando este es experimentado directamente en vez de simplemente observado o transmitido.

### 2.2.7.2 Reexperimentación persistente del suceso traumático

Esta reexperimentación tiene lugar de una o más de las siguientes cinco formas y el DSM-IV exige que se dé al menos una de ellas (34).

- Recuerdos del suceso recurrentes e intrusos que causan malestar y que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños pueden aparecer juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del trauma; por ejemplo, tras un grave accidente de automóvil, un niño puede recrearlo repetidamente en sus juegos haciendo chocar sus coches.
- Sueños recurrentes sobre el suceso que causan malestar. En los niños pueden darse sueños terroríficos en los que no se puede reconocer el contenido; pueden tener pesadillas de monstruos, de rescatar a otros o de amenazas a sí mismos o a otros.
- Actuar o sentir como si el suceso traumático estuviera repitiéndose; se incluye aquí la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y memorias vívidas, repentinas y breves (flashbacks), incluyendo las que ocurren al despertarse o intoxicarse con sustancias psicoactivas. En niños pequeños puede observarse una representación específica o escenificación del trauma. Los flashbacks suelen ir acompañados de una alta activación (sudoración, temblores, palpitaciones, disnea) y la persona puede sentirse inmovilizada e inconsciente de su entorno. Cualquier estímulo asociado con el trauma puede provocar flashbacks, aunque la persona no sea consciente de esta conexión (46).
- Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático. Por ejemplo, aniversarios de este suceso; tiempo frío y con nieve o guardias uniformados para supervivientes de campos de exterminio en climas fríos; tiempo húmedo y caluroso para los combatientes en el Sur del Pacífico; entrar en un ascensor para una mujer que fue violada en un ascensor.
- Reactividad fisiológica (taquicardia, actividad electrodermal, etc.) al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

### **2.2.7.2 Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y disminución de la capacidad general de reacción**

El DSM-IV exige que la disminución de la reactividad general no se diera antes del trauma y que se den tres o más de los siguientes siete criterios:

- esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el suceso traumático.
- esfuerzos para evitar actividades, lugares o gente que hacen recordar el trauma.
- incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- reducción acusada del interés o de la participación en actividades significativas.
- sensación de desapego o distanciamiento de los demás.
- restricción de la gama de afectos (p.ej., incapacidad de sentir amor, capacidad muy reducida para sentir emociones asociadas con intimidad, ternura y sexualidad)
- sensación de un futuro con menos perspectivas (no se espera tener una profesión, casarse, tener hijos, llevar una vida normal o, en el caso de los niños, convertirse en un adulto).

En realidad, este grupo de síntomas parece comprender realmente dos categorías diferentes: a) evitación, la cual incluye los tres primeros, y b) embotamiento emocional, la cual incluye los cuatro últimos. Es muy probable que ciertos tratamientos afecten a una de estas categorías, pero no a la otra, y que cada una de estas requiera, diferentes técnicas (143).

### **2.2.7.3 Síntomas persistentes de activación aumentada (hiperactivación)**

El DSM-IV exige que los siguientes cinco síntomas no estuvieran presentes antes del trauma y que se den dos o más de ellos:

- dificultades para conciliar o mantener el sueño (que pueden ser debidas a pesadillas recurrentes en las que el suceso traumático es revivido).
- irritabilidad o ataques de ira.

- dificultades para concentrarse o completar tareas.
- hipervigilancia.
- res-puesta exagerada de sobresalto.

Los ataques de ira son más frecuentes en ex-combatientes varones, pero no son raros entre las mujeres con TEPT y son muy atemorizantes para la persona cuando no son consecuentes con su comportamiento y auto concepto previos al trauma.

## **2.2.8 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

### **2.2.8.1 TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO**

El trastorno por estrés agudo se distingue fundamentalmente del TEPT en dos cosas: a) Los síntomas aparecen en las 4 primeras semanas después del suceso traumático y duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas; si duran más de 1 mes, hay que considerar el diagnóstico de TEPT y comprobar si se cumplen los criterios de este último. b) Se da una mayor importancia a la sintomatología disociativa. Los síntomas para el diagnóstico del trastorno por estrés agudo son: (34)

- Síntomas disociativos durante o después del suceso traumático. Tres o más de los siguientes: sensación subjetiva de insensibilidad, desapego o ausencia de reactividad emocional; reducción de la conciencia del entorno (p.ej., estar aturdido); desrealización; despersonalización; amnesia disociativa (incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).
- Reexperimentación persistente del suceso traumático al menos de una de las siguientes formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, memorias vívidas y repentinas (flashbacks) recurrentes; o sensación de revivir la experiencia; o malestar al exponerse a lo que hace recordar el suceso traumático.
- Evitación acusada de los estímulos que hacen recordar el trauma (p.ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, gente).

- Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (p.ej., dificultad para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, inquietud motora).

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la reacción a estrés agudo difieren de los del DSM-IV en diversos aspectos: 1) se presentan 4 de los 22 síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y, según la gravedad, al menos dos de los siguientes (abandono de la interacción social esperada, estrechamiento de la atención, desorientación aparente, ira o agresividad verbal, desesperanza o desesperación, hiperactividad inapropiada o sin propósito, duelo in-controlable o excesivo) o estupor disociativo; 2) los síntomas deben aparecer en la primera hora de haber tenido lugar el acontecimiento o situación estresante, y 3) los síntomas deben empezar a remitir no más allá de las 8 horas para acontecimientos estresantes transitorios o de las 48 horas para los más prolongados. A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 no exigen necesariamente la presencia de síntomas disociativos o de reexperimentación persistente del acontecimiento estresante (140) (141).

### **2.2.9 PROBLEMAS ASOCIADOS**

Según estudios epidemiológicos americanos, el 80% de los que presentan o han presentado TEPT (sea este su diagnóstico principal o no) tienen o han tenido depresión, otro trastorno de ansiedad o abuso/dependencia de sustancias (144). Más concretamente, entre los trastornos comórbidos se hallan el trastorno de pánico, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastornos relacionados con sustancias (34) (145).

Son frecuentes las reacciones depresivas más o menos duraderas, el abuso de sustancias (p.ej., el abuso/dependencia del alcohol se da en el 35% de hombres y el 27% de mujeres con TEPT), los suicidios e intentos de suicidio, los trastornos de personalidad y las disfunciones sexuales. Por ejemplo, el intento de suicidio y la consideración seria de suicidarse se dio en el 13% y el

33% de las víctimas de violación de un estudio ( 46) en comparación con el 1% y el 8% entre las no víctimas. El porcentaje de los pacientes con TEPT que han intentado suicidarse es aún mayor en excombatientes del Vietnam (19%).

Brown y cols. (2001) hallaron que de 13 pacientes con TEPT, el 92%, 62% y 77% recibieron respectivamente al menos un diagnóstico adicional actual de trastornos de ansiedad o depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos (los porcentajes fueron 100%, 69% y 85% para diagnósticos actuales o pasados). Los diagnósticos actuales más frecuentes fueron depresión mayor (69%), distimia (23%), trastorno de ansiedad generalizada (23%; 38% sin tener en cuenta el criterio de que el trastorno no ocurriera exclusivamente durante un trastorno afectivo), trastorno de pánico con agorafobia (23%), trastorno obsesivo-compulsivo (23%), fobia social (15%) y fobia específica (15%). El TEPT tendió a aparecer posteriormente a otros trastornos de ansiedad y afectivos con las excepciones del trastorno de pánico con o sin agorafobia y la depresión mayor (que tendieron a seguirlo) y del trastorno obsesivo-compulsivo (con igual probabilidad de precederlo y seguirlo).

En comparación a personas con TEPT, aquellas con el trastorno, presentan más síntomas médicos, usan más los servicios médicos, se les detectan más enfermedades durante las exploraciones físicas y tienen una mayor mortalidad. Todas estas consecuencias adversas pueden estar mediadas por el TEPT (144).

## **2.2.10 EVALUACIÓN DEL TRANSTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

Se describen una serie de instrumentos junto con sus propiedades psicométricas. A continuación se presentan los más importantes.

### **A. entrevista**

#### **Escala para el TEPT Administrada por el Clínico (146)**

En el primer apartado de esta entrevista se seleccionan, en función de su gravedad y/o recencia, hasta tres acontecimientos traumáticos informados por el paciente y se evalúa qué sucedió y cómo respondió ante el/los mismos. Estos acontecimientos se emplean como referencia para las

siguientes preguntas. El segundo apartado consta de 30 preguntas dirigidas a evaluar, tanto en el momento actual como a lo largo de la vida, los 17 síntomas del TEPT según el DSM-IV, otros cinco síntomas frecuentemente asociados (culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos, culpabilidad por haber sobrevivido, reducción de la conciencia del entorno, despersonalización, desrealización) y ocho aspectos adicionales: aparición de los síntomas, duración de los síntomas, malestar subjetivo, deterioro social, deterioro laboral, gravedad global de los síntomas del TEPT, cambios globales en los síntomas y validez de las respuestas del entrevistado. Cuando es posible, se emplean referentes conductuales como base para las calificaciones del clínico.

Para cada síntoma del TEPT, su frecuencia e intensidad son valoradas separadamente de 0 a 4 y sumadas. A partir de aquí, la entrevista puede emplearse como medida dicotómica (síntomas presentes o no) o continua (gravedad de los síntomas). Otras dos ventajas de este instrumento son que busca establecer si los síntomas confirmados ocurrieron dentro del mismo mes de referencia y que presenta separadamente las preguntas que persiguen establecer la presencia de los síntomas en el momento actual, en el último mes y en algún momento en el pasado. (42)

Para decidir que un síntoma está presente, puede seguirse una de estas dos estrategias: a) debe recibir al menos un 1 en frecuencia y un 2 en intensidad; b) debe recibir al menos un cuatro entre frecuencia e intensidad. Además del diagnóstico actual y del diagnóstico presente o pasado del TEPT, pueden calcularse tres puntuaciones parciales (reexperimentación del trauma, evitación, activación) y una puntuación total (amplitud teórica: 0-136). Se ha propuesto un punto de corte de 65.

### **Entrevista para el TEPT (147).**

Es una entrevista estructurada que se basa en los criterios del DSM-III-R para el TEPT. Sus preguntas permiten establecer por una parte si una persona cumple o no cada uno de los criterios del trastorno y este mismo; y por otra, la intensidad y/o frecuencia de cada uno de los síntomas del TEPT y la gravedad de este. Las calificaciones de intensidad y/o frecuencia son hechas por la propia persona ante las preguntas del entrevistador

empleando una escala que tiene delante y que va de 1 ("no/nunca") a 7 ("extremadamente siempre"). Además del diagnóstico actual y del diagnóstico presente o pasado del TEPT, pueden calcularse diversas medidas, entre ellas una puntuación total y tres puntuaciones parciales (reexperimentación del trauma, evitación, activación).

### **Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (148).**

Es una entrevista semiestructurada de 17 preguntas correspondientes a los síntomas del TEPT según el DSM-IV; además, incluye preguntas sobre los 13 síntomas propios de los ataques de pánico. La gravedad de cada síntoma es valorada según una escala de frecuencia/intensidad que va de 0 a 3. Puede calcularse para el TEPT una puntuación total y tres puntuaciones parciales (reexperimentación del trauma, evitación, activación).

### **Aspectos que es interesante tener en cuenta con relación a la entrevista clínica son los siguientes:**

- Muchos pacientes no informan de sus traumas si no se les pregunta específicamente e, incluso así, pueden ser renuentes a ello; esto es comprensible, dada su tendencia a evitar todo aquello que les recuerde al trauma. Además, en el caso de ciertos traumas (p.ej., violación) las personas pueden temer las reacciones a su revelación especialmente si antes no fueron creídos o fueron culpados o pueden no identificar su experiencia como violación, especialmente si su agresor fue un conocido (46). De todo esto se deriva, por una parte, la especial importancia que tiene que el paciente comprenda cuáles son los beneficios que van a derivarse de la evaluación y, por otra, la necesidad de llevar a cabo esta con el debido tacto y sin querer correr demasiado, caso de encontrarse con fuertes resistencias.
- Si un paciente llama por teléfono pidiendo consulta debido a un TEPT, conviene avisarle que puede experimentar un incremento de los síntomas antes de la primera sesión y que puede experimentar un gran

deseo de evitar esta. Hay que alentarle a venir, independientemente de cómo se sienta, y decirle que la evitación retrasa la recuperación.

- Si un paciente llama dentro de la primera semana del evento traumático, hay que responder a la situación de crisis proporcionando información sobre los síntomas y su curso (lo cual hará que la persona los vea como normales) y pidiendo al paciente que busque apoyo social y que experimente sus emociones y hable sobre el trauma y sus reacciones tanto como le sea posible; de esta manera se favorece el procesamiento emocional y el apoyo social. En el caso de violación, hay que preguntar si se ha denunciado la misma a la policía y si se ha buscado atención médica por lo que respecta tanto al informe médico para la denuncia como a las posibles consecuencias de la violación (heridas, embarazo, enfermedades venéreas).
- Los niños pueden tener dificultades para informar de aspectos del TEPT (p.ej., pérdida de interés en actividades significativas, restricción del afecto); por tanto, es conveniente entrevistar a los padres, maestros u otros adultos que puedan proporcionar información.
- Es importante evaluar por sistema la presencia de ideación suicida actual, los intentos previos de suicidio y los factores de riesgo para este último (p.ej., depresión, abuso de sustancias).

## **B. cuestionarios**

### **Cuestionarios de tipo diagnóstico para el TEPT**

#### **Escala Diagnóstica Postraumática (149).**

Evalúa los criterios del TEPT según el DSM-IV (permitiendo así un posible diagnóstico, aunque esto es cuestionable) y la gravedad de los síntomas del trastorno. La escala comienza con una lista de 12 acontecimientos traumáticos (incluyendo una categoría de "otros") y el paciente tiene que marcar aquellos que ha experimentado u observado. Luego, tiene que indicar cuál de ellos le ha perturbado más durante el último mes, describirlo brevemente y referirse al mismo al contestar las siguientes secciones. A continuación vienen cuatro preguntas del tipo sí-no sobre posible daño físico al paciente o a otros y cómo el paciente se sintió en el tiempo del

acontecimiento (pensar que su vida estaba en peligro, pensar que la vida de algún otro estaba en peligro, sentirse impotente o aterrorizado). La siguiente sección son los 17 síntomas del TEPT (criterios B, C y D), la frecuencia de cada uno de los cuales durante el último mes es valorada de 0 a 3. La última sección incluye nueve ítems que evalúan la interferencia en diferentes áreas (trabajo, faenas de la casa, amistades, ocio, escuela, relaciones familiares, vida sexual, satisfacción general con la vida, nivel global de funcionamiento) durante el último mes según un formato sí-no. Las tres subescalas correspondientes a los criterios B, C y D del TEPT (reexperimentación del trauma, evitación y embotamiento emocional, e hiperactivación) correlacionan altamente entre sí y con la puntuación total, por lo que su utilidad clínica es cuestionable; sin embargo, proporcionan una información diagnóstica útil.

#### **Escala de Trauma de Davidson (150).**

Es un cuestionario con 17 ítems correspondientes a los síntomas del TEPT según el DSM-IV. Los ítems 1-4 y 17 corresponden a la reexperimentación intrusa del trauma, los 5-11 a la evitación y embotamiento emocional y los 12-16 a la hiperactivación. La persona califica la frecuencia e intensidad de cada ítem durante la semana previa en una escala de 0 a 4; puede obtenerse una puntuación global así como puntuaciones correspondientes a intensidad y frecuencia. Conviene tener en cuenta que los ítems de reexperimentación y evitación hacen referencia al evento traumático, mientras que el resto, no. Esto último se desvía de lo fijado en el DSM-IV y se debe a que se considera que es muy difícil para una persona hacer una valoración precisa al respecto.

#### **Escala de Autovaloración para el TEPT (151).**

Mide la frecuencia o intensidad de los 17 síntomas del TEPT según el DSM-IV. Cada uno de los 17 ítems, cinco de los cuales son dobles, es valorado de 0 a 2 tomando como marco de referencia las últimas cuatro semanas. Puede utilizarse como ayuda al diagnóstico o bien para obtener una puntuación total y puntuaciones parciales correspondientes a cada uno de los tres grupos de síntomas del TEPT según el DSM-IV (reexperimentación intrusa del trauma, evitación y embotamiento emocional, e hiperactivación).

## **Cuestionarios generales sobre el TEPT**

### **Escala de Impacto de Acontecimientos (152).**

Es uno de los instrumentos más empleados para medir el impacto de sucesos traumáticos. Se trata de un cuestionario de 15 ítems que la persona valora en una escala de 4 puntos (0, 1, 3, 5) según la frecuencia con que haya experimentado cada síntoma durante los últimos 7 días. Consta de dos subescalas que miden respectivamente síntomas de intrusión y evitación. No obstante, no se miden los síntomas específicos necesarios para el diagnóstico del TEPT. Existe una versión revisada de la escala, la cual evalúa también los síntomas de hiperactivación (42).

### **Cuestionario de Eventos Traumáticos (153).**

Evalúa las experiencias con 11 tipos específicos de trauma. Para cada trauma experimentado, la persona contesta el número de veces que ha ocurrido, la edad cuándo ocurrió y, en escalas de 1 (nada) a 7 (extremadamente), si resultó herida, si percibió que su vida se vio amenazada, cuán traumático fue el evento y cuán traumático lo es ahora. Algunos ítems piden además una descripción del trauma. Si la persona marca más de un trauma, debe indicar cuál fue el más traumático y contestar la Escala TEPT de Purdue Revisada (152). Esta última escala evalúa de 1 a 5 la frecuencia de los 17 síntomas del TEPT correspondientes a los criterios B, C y D del DSM-IV. A las personas que no señalan ningún trauma se les pide que describan la peor experiencia estresante que hayan tenido, que respondan para ella lo mismo que para el resto de los ítems y que contesten la Escala TEPT de Purdue Revisada.

### **Lista de Síntomas de Los Ángeles (153)**

Evalúa síntomas del TEPT y características asociadas (abuso de bebida, dolores de cabeza, dificultad para encontrar o mantener un trabajo, problemas maritales, etc.) a través de 43 ítems valorados de 0 a 4 según el grado en que constituyen un problema. Pueden considerarse las respuestas (2 o más) a 17 síntomas del TEPT que se aproximan a los fijados en el DSM-IV para establecer un posible diagnóstico, puede calcularse la suma de estos 17 ítems para calcular la gravedad del TEPT y puede calcularse

una puntuación total que refleja una evaluación global de malestar e interferencia. Una limitación de esta escala es que en sus instrucciones no hace referencia a haber sufrido una exposición traumática y, por lo tanto, no se sabe hasta qué punto los síntomas están relacionados con la misma.

### **Cuestionarios sobre aspectos específicos relacionados con el TEPT**

#### **Inventario de Culpabilidad Relacionada con el Trauma (154).**

Este cuestionario pretende medir un aspecto (culpabilidad) muy frecuente en todos los tipos de trauma y que puede contribuir al mantenimiento del TEPT. Consta de 32 ítems valorados de 0 a 4 y distribuidos en tres escalas y tres subescalas. Las tres escalas son Culpabilidad Global (4 ítems), Malestar (6 ítems) y Cogniciones de Culpa (22 ítems). Esta última presenta tres subescalas: Sesgo retrospectivo/Responsabilidad (7 ítems), Mal Comportamiento (violación de normas personales, 5 ítems) y Falta de Justificación (4 ítems). Se dispone de normas para universitarios, mujeres maltratadas y veteranos del Vietnam.

#### **Inventario de Cogniciones Postraumáticas (65).**

Evalúa una serie de pensamientos y creencias que subyacen al TEPT. Consta de 36 ítems valorados de 1 a 7 según el grado en que se está de acuerdo con ellos. Se han identificado tres factores: a) Cogniciones negativas sobre sí mismo (21 ítems que reflejan una visión general negativa de sí mismo, cambio negativo permanente, sentirse aislado, desesperanza, poca confianza en sí mismo, interpretación negativa de los síntomas). b) Cogniciones negativas sobre el mundo (7 ítems acerca de la inseguridad del mundo y la desconfianza en los demás). c) Autoculpabilización por el trauma (5 ítems). Tres de los ítems son experimentales y no se incluyen en las subescalas. Para hacer comparables las puntuaciones de las tres escalas, se calcula la media para cada una de ellas. El inventario discrimina entre personas que han desarrollado o no TEPT tras sufrir un trauma.

#### **Escala del Procesamiento Cognitivo del Trauma (155).**

Evalúa cinco aspectos del procesamiento cognitivo del trauma: a) reestructuración cognitiva positiva, b) comparación con otros menos afortunados, c) resolución/aceptación, d) negación, y e) pesar (por no haber

actuado de forma diferente). Consta de 17 ítems que se valoran en una escala de siete puntos de -3 (completamente en desacuerdo) a +3 (completamente de acuerdo) pasando por 0 (ni de acuerdo ni en desacuerdo). El instrumento puede consultarse en la fuente original. Sólo ha sido probado en estudiantes universitarios que habían experimentado algún trauma, aunque este se definió de modo muy laxo e incluyó eventos como el final de una relación o el divorcio de los padres.

### **Escala de Experiencias Disociativas (156).**

Pretende medir experiencias de disociación que se dan tanto en población normal como en ciertos trastornos psiquiátricos (trastorno de personalidad disociativa, TEPT, esquizofrenia). Tiene 28 ítems relativos a experiencias de perturbaciones de identidad, memoria, conciencia y cogniciones y sensaciones de desrealización o despersonalización o fenómenos asociados como el déjà vu. Los ítems son largos y en ocasiones de redacción compleja. Para contestar cada ítem, la persona pone una raya en una línea de 100 mm que va de 0% a 100%, aunque existe una versión más reciente que utiliza una escala numérica de 11 puntos (de 0% a 100%). En las instrucciones se especifica que las preguntas sólo hacen referencia a aquellas experiencias no asociadas con el uso de alcohol y drogas.

### **Registros psicofisiológicos**

Se han empleado durante la imaginación de las situaciones traumáticas o durante la exposición a estímulos asociados a las mismas (p.ej., estímulos visuales y auditivos propios del combate). La conductividad de la piel, el ritmo cardíaco, la tensión muscular y la tensión arterial han discriminado a personas con TEPT de sujetos normales (45). Esto ha sido establecido principalmente con ex-combatientes y no se sabe hasta qué punto es aplicable a víctimas de violación o de otros traumas.

## **2.2.11 TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

Los procedimientos aplicados para tratar el trastorno de estrés posttraumático (TEPT) han sido principalmente tres: a) La terapia de exposición, en la que el paciente debe enfrentarse a las situaciones temidas o, en algunas ocasiones, a

las imágenes de las mismas, sin escaparse de ellas con el objetivo de evocar ansiedad y promover la habituación a ella; b) El entrenamiento en técnicas para el control de la ansiedad, cuyo objetivo es dotar al paciente de una serie de habilidades para hacer frente a la ansiedad en la vida cotidiana, y c) La reestructuración cognitiva con el objetivo de modificar pensamientos, supuestos y creencias irracionales (157).

Por otra parte, el informe elaborado por la División 12 de la Asociación Psicológica Americana cuyo objetivo es evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos mentales, estableciendo un directorio de las terapias de eficacia probada señala como tratamiento psicológico probablemente eficaz para el TEP, la terapia de exposición, el entrenamiento en inoculación de estrés y la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (158).

Si bien se han publicado cientos de investigaciones acerca de la efectividad de distintas formas de tratamiento del TEP, la inmensa mayoría de dichas investigaciones son descripciones de casos más que estudios empíricos sistemáticos (159). La revisión que se hará a continuación sólo contempla aquellos estudios que se han llevado a cabo de manera controlada.

## **ESTUDIOS SOBRE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

### **TERAPIA DE EXPOSICIÓN**

Las terapias de exposición tienen la característica común de intentar reducir la ansiedad a través de la confrontación del paciente con los estímulos o eventos que le generan ansiedad, variando la forma de exposición (en imaginación o en vivo), la duración de la exposición (breve o prolongada) y el nivel de activación durante la misma (alto o bajo) (160) (159).

Si bien hay algunos estudios que utilizan la desensibilización sistemática (DS) para tratar el TEPT, no se han llevado a cabo de manera adecuada e incluso en algunos casos se duda de la validez de sus resultados. Por estas razones se considera que la DS ha sido dejada de lado en favor de la exposición prolongada en el tratamiento del TEP (161).

Keane et al., (162), asignan aleatoriamente a 24 veteranos de la guerra de Vietnam que sufren TEPT, a dos condiciones: a) Exposición prolongada y b) Control de lista de espera. El programa de tratamiento, de modalidad individual, se llevó a cabo en 14 a 16 sesiones con una duración de 90 minutos por sesión. La exposición mostró resultados significativamente superiores frente al grupo control al postratamiento y al seguimiento llevado a cabo a los 6 meses de concluida la intervención, en síntomas de reexperimentación, depresión y ansiedad. Foa et al. (163). Asignaron aleatoriamente a 45 víctimas de agresiones sexuales aquejadas de TEP a una de cuatro modalidades terapéuticas: a) Exposición prolongada en imaginación y en vivo, b) Entrenamiento en inoculación de estrés, c) Terapia de apoyo (con el objetivo de controlar los factores inespecíficos de la terapia), y d) Control de lista de espera. El programa de tratamiento fue individual y constó de 9 sesiones de 90 minutos con una periodicidad de 2 veces por semana.

Los resultados indican que tanto la inoculación de estrés como la exposición se mostraron más eficaces que la terapia de apoyo y el grupo control de lista de espera en la reducción de los síntomas de estrés postraumático, aunque no en los síntomas de depresión y ansiedad en que todos los grupos mejoraron por igual. A corto plazo la inoculación de estrés fue superior a la exposición, pero a medio plazo (en el seguimiento de 3,5 meses) la exposición fue superior a la inoculación de estrés.

Marks et al. (164) asignaron aleatoriamente a 87 sujetos aquejados de TEP por diversas causas, a cuatro modalidades de tratamiento: a) Exposición (en imaginación y en vivo), b) Reestructuración cognitiva, c) Exposición y reestructuración cognitiva, y d) Relajación. La intervención constaba de 10 sesiones con una periodicidad semanal. Los resultados mostraron que los cuatro grupos experimentales mejoraron significativamente, sin embargo, la exposición, la reestructuración cognitiva y la combinación de ambas fueron superiores a la relajación tanto al postratamiento como al seguimiento. No hubo diferencias significativas entre los tres grupos de tratamiento activos al postratamiento ni al mes de seguimiento, no obstante, al tercer y al sexto mes de seguimiento, la exposición fue levemente superior a la reestructuración cognitiva. Foa et al., en 1999, asignan aleatoriamente a 96 mujeres víctimas de

asalto (sexual y no sexual), que cumplieran criterios DSM-IV para TEP, a una de cuatro condiciones de tratamiento:

a) Exposición prolongada, b) Entrenamiento en inoculación de estrés, c) Combinación de ambos, y

d) Control de lista de espera. El programa consistió en 9 sesiones, 2 veces a la semana, en modalidad individual. Los resultados indican que las tres modalidades de tratamiento reducen la severidad del trastorno de estrés postraumático y de los síntomas de depresión en comparación con el control de lista de espera, pero no se encuentran diferencias significativas entre las diversas modalidades de intervención, resultados que se dan no sólo en el postratamiento sino también en los seguimientos (3, 6 y 12 meses). Sin embargo, la exposición prolongada fue superior al entrenamiento en inoculación de estrés y a la combinación de ambos al comparar los niveles de ansiedad y de ajuste social (65).

Del mismo modo, Tarrrier et al. (1999) asignan aleatoriamente a 72 pacientes aquejados de TEPT, que han experimentado distintos tipos de eventos traumáticos, a una de dos condiciones de tratamiento: a) Exposición en imaginación y b) Terapia cognitiva. El programa de intervención constó de 16 sesiones de 1 hora de duración en modalidad individual. Encontraron que ambos tratamientos generaron mejorías significativas en los sujetos en todas las medidas realizadas, tanto en el postratamiento como en el seguimiento de 6 meses, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre las modalidades de tratamiento.

Paunovic & Öst (1995) asignan aleatoriamente a 20 refugiados que sufren TEP a dos condiciones experimentales: a) Exposición en imaginación y en vivo, y b) Terapia cognitivo conductual que incluye exposición, terapia cognitiva y entrenamiento en respiración controlada. El programa de intervención, de modalidad individual, constó de 16 a 20 sesiones de 60 a 120 minutos de duración, con una periodicidad semanal. Los resultados indican que ambos programas de tratamiento produjeron mejorías significativas en los sujetos en todas las variables evaluadas, tanto en el postratamiento como a los 6 meses de seguimiento, no obstante, no se encontraron diferencias significativas entre las modalidades de intervención.

Por último, (40) asignan de manera aleatoria a 171 víctimas de violación a una de tres condiciones: a) Terapia de procesamiento cognitivo, tratamiento desarrollado específicamente para víctimas de violación y que incluye cuestionamiento socrático y exposición por escrito, b) Exposición prolongada, en la imaginación y en vivo, y c) Control de lista de espera.

Los programas de tratamiento se llevaron a cabo de manera individual y tuvieron una duración de 13 horas cada uno, variando el número y extensión de las sesiones. Los resultados indican que ambas intervenciones fueron altamente exitosas en el tratamiento del TEP y de los síntomas depresivos, al postratamiento y a los seguimientos de 3 y 9 meses, lo que no ocurrió con el grupo control de lista de espera. No obstante, la terapia de procesamiento cognitivo fue superior a la exposición prolongada en el tratamiento de las ideas de culpa y presentó una pequeña ventaja en el tamaño del efecto, en el estado final de funcionamiento de las participantes al seguimiento.

En resumen, de las 8 investigaciones aquí revisadas, en todas aquellas en que se compara la exposición con un grupo de control de lista de espera, se encuentran mejorías significativas para los participantes que recibieron el tratamiento de exposición. En cuatro de las investigaciones la exposición fue superior a otro tratamiento (144) (163) (164); en dos no se encontraron diferencias significativas entre exposición y terapia cognitiva y exposición y terapia cognitivo conductual (que incluye exposición) (165); y sólo en una investigación la terapia cognitivo conductual (que incluye exposición) fue superior a la terapia de exposición, pero sólo en ideas de culpa y estado de funcionamiento final de las participantes (40).

De este modo, la terapia de exposición ha probado ser la técnica más eficaz para tratar el TEPT, no obstante se plantea que influye sólo en síntomas observables y en los relacionados con la ansiedad, es decir, en aquellos que se ha llamado síntomas positivos del TEPT (reexperimentación e hiperactivación), pero no en aquellos conocidos como síntomas negativos (evitación y embotamiento afectivo) (145). Otros autores plantean que esto depende del tipo de exposición que se lleve a cabo, así, la exposición prolongada en imaginación sería útil sólo para reducir los síntomas positivos del TEP, mientras que la exposición en vivo reduciría los síntomas negativos (35).

## TÉCNICAS PARA EL CONTROL DE LA ANSIEDAD

Las técnicas para el control de la ansiedad se han diseñado para reducir la ansiedad dotando al paciente de habilidades que le permitan controlarla. Entre estas técnicas se incluye el entrenamiento en relajación, entrenamiento en inoculación de estrés, biofeedback, entrenamiento en habilidades sociales, diálogo autoguiado y técnicas de distracción cognitiva (160) (159). De todas ellas, la técnica o procedimiento más usado ha sido el entrenamiento en inoculación de estrés (145).

Echeburúa et al., en 1996, publican los resultados de un estudio en que se asignó de manera aleatoria a 20 mujeres víctimas de violación que sufrían trastorno de estrés postraumático agudo, a una de dos modalidades de tratamiento: a) Entrenamiento en relajación progresiva y b) Terapia cognitivo conductual (que incluía reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, detención de pensamiento, técnicas de distracción cognitiva y exposición). El programa consistió en 5 sesiones individuales, de 1 hora de duración, con una periodicidad semanal. Los resultados no establecieron diferencias significativas entre ambas modalidades terapéuticas al postratamiento, pero sí al seguimiento de doce meses en que la terapia cognitivo conductual se muestra superior a la relajación en los síntomas del trastorno de estrés postraumático, pero no en otras medidas (166).

El mismo equipo desarrolla un programa de tratamiento para víctimas de agresiones sexuales que han desarrollado trastorno de estrés postraumático crónico. Asignan aleatoriamente a 20 participantes a dos condiciones de tratamiento: a) Entrenamiento en relajación progresiva, y b) Terapia cognitivo conductual (autoexposición en imaginación y en vivo y reestructuración cognitiva). El programa constó de 6 sesiones con una periodicidad semanal y en modalidad individual. Los resultados indican que la tasa de éxito fue superior en todas las medidas evaluadas para el grupo de terapia cognitivo conductual, tanto en el postratamiento como al año de seguimiento (167) (148)).

El estudio ya revisado de Marks et al. (1998), indica que la exposición, la reestructuración cognitiva y la combinación de ambas son superiores a la

relajación tanto al postratamiento como al seguimiento, en distintos tipos de víctimas aquejadas de TEP.

Con respecto al entrenamiento en inoculación de estrés, el estudio de Foa et al. (163), comentado en el apartado anterior, indica que la inoculación de estrés es más eficaz que la terapia de apoyo y el grupo control de lista de espera en la reducción de los síntomas de estrés postraumático. Asimismo, a corto plazo la inoculación de estrés es superior a la exposición, pero a medio plazo (seguimiento de 3,5 meses) la exposición es superior a la inoculación de estrés en el tratamiento del TEP.

Del mismo modo el estudio de Foa et al. (65) indica que el entrenamiento en inoculación de estrés reduce la severidad del trastorno de estrés postraumático y de los síntomas de depresión tanto al postratamiento como a los seguimientos de 3, 6 y 12 meses, sin haber diferencias significativas con exposición prolongada ni con la combinación de ésta y la inoculación de estrés.

No obstante, la exposición prolongada fue superior al entrenamiento en inoculación de estrés y a la combinación de ambos, al comparar los niveles de ansiedad y de ajuste social.

En síntesis, en los tres estudios revisados acerca de efectividad de la relajación se ve que sus resultados son inferiores frente a otros programas de intervención (167) (166) (164). Con respecto al entrenamiento en inoculación de estrés, los dos estudios llevados a cabo por Foa et al. (1991, 1999a) demuestran que si bien es una técnica efectiva para el TEP, la exposición parece ser superior a medio plazo en el tratamiento del TEP y a largo plazo en medidas de ansiedad y ajuste social.

## **TERAPIA COGNITIVA**

Las terapias cognitivas intentan examinar pensamientos irracionales y disfuncionales, dotando al paciente de habilidades para su corrección (145) (168) (159). Hay muy pocas investigaciones en este campo debido a que la mayoría de los programas que utilizan terapia cognitiva para el tratamiento del TEP, incluyen también terapia de exposición (168).

El estudio ya revisado de Marks et al. (1998) indica que la reestructuración cognitiva es eficaz para el tratamiento del TEP, si bien al tercer y al sexto mes de seguimiento, la exposición se mostró levemente superior a la reestructuración cognitiva. No obstante, el estudio de Tarrrier et al. (169), Indica que la terapia cognitiva genera mejorías significativas en los participantes en todas las medidas realizadas, tanto en el postratamiento como en el seguimiento de 6 meses, sin haber diferencias significativas entre ésta y la terapia de exposición.

### **TERAPIAS MULTICOMPONENTES**

Muchos investigadores han apostado por la combinación de técnicas de intervención para el tratamiento del TEP, en un intento por lograr resultados superiores a los que se encuentran al utilizar técnicas aisladas. Resick & Schnicke (55) compararon los resultados de una terapia cognitivo conductual, que incluía reestructuración cognitiva y exposición por escrito, aplicada a 19 víctimas de violación, con los de un grupo de 20 mujeres en lista de espera. El programa de tratamiento, constó de 12 sesiones que se llevaban a cabo de manera grupal y con una frecuencia semanal. Los resultados indican que la terapia cognitivo conductual fue superior al grupo control en las medidas de estrés postraumático y de síntomas depresivos en el postratamiento, manteniéndose los resultados en el seguimiento de tres y seis meses.

Por su parte, Fecteau & Nicki (170), asignaron a 20 pacientes aquejados de trastorno de estrés postraumático debido a accidentes de tránsito, a dos condiciones: a) Terapia cognitivo conductual (entrenamiento en relajación, exposición y reestructuración cognitiva) y b) Control de lista de espera. La intervención consistió en 4 sesiones individuales, de 2 horas de duración cada una, con una periodicidad semanal. Los resultados encontrados a los seis meses de seguimiento indican que la terapia cognitivo conductual fue significativamente superior al control de lista de espera.

Los dos estudios ya revisados de Echeburúa et al. (166), comparan la terapia cognitivo conductual con el entrenamiento en relajación, encontrándose en ambos resultados superiores para la terapia cognitivo conductual.

La investigación llevada a cabo por Marks et al (164). Encuentra que la combinación de exposición y reestructuración cognitiva es igual de efectiva que la aplicación de cada técnica por separado.

El trabajo de Foa et al. (65) Conduce a los mismos resultados que el anterior, la combinación de exposición prolongada y de entrenamiento en inoculación de estrés no produce mejores resultados que la aplicación de cada uno por separado; es más, la exposición prolongada fue superior al entrenamiento en inoculación de estrés y a la combinación de ambos al comparar los niveles de ansiedad y de ajuste social. Asimismo, la investigación comentada por Foa (2000), indica, que por lo menos en cuanto a resultados preliminares, la terapia de exposición es superior a la terapia de exposición más reestructuración cognitiva, con un porcentaje mayor de recuperación de sintomatología postraumática para la exposición (52%) que para su combinación con terapia cognitiva (14%).

En la misma línea se encuentra el trabajo de Paunovic & Öst (165), descrito en detalle en el apartado de terapia de exposición, que apunta a que tanto la exposición como la terapia cognitivo conductual, que incluye exposición, producen mejorías significativas en los sujetos en todas las variables evaluadas, tanto en el postratamiento como a los 6 meses de seguimiento, sin haber diferencias significativas entre las modalidades de intervención.

El trabajo de Resick et al. (40) es el único que encuentra que una terapia multicomponente es superior a la terapia de exposición, si bien no en los síntomas de TEP, sí en las ideas de culpa y en el estado final de funcionamiento de las participantes al seguimiento.

Finalmente, el trabajo de Kubany, Hill & Owens (171)), descrito en el capítulo 5, sobre tratamiento en mujeres víctimas de violencia doméstica que han desarrollado TEP, encuentra que la terapia multicomponente es superior a una lista de espera y produce mejorías clínicas y estadísticamente significativas en todas las variables evaluadas, esto es, TEP, depresión, autoestima, vergüenza y culpa, resultados que se mantienen a los 3 meses de seguimiento.

En resumen, la terapia cognitivo conductual, o terapia multicomponente ya que emplea técnicas de exposición, reestructuración cognitiva y en ocasiones

entrenamiento en relajación, es más efectiva que la ausencia de tratamiento y que el entrenamiento en relajación. Sin embargo, si se compara la terapia de exposición con una terapia multicomponente que la incluya y agregue otras técnicas (exposición y reestructuración cognitiva, exposición y entrenamiento en inoculación de estrés, exposición y terapia cognitivo conductual que incluye exposición) no se encuentran diferencias significativas (65) (164) (165). Tampoco se las encuentra al comparar la terapia cognitivo conductual con terapia cognitivo conductual más terapia familiar conductual. Al parecer no habría beneficios adicionales al emplear una terapia multicomponente en vez de sus técnicas por separado, salvo para las ideas de culpa y el estado de funcionamiento general.

Una explicación para este hecho puede tener que ver con el mayor número y extensión de las sesiones de programas aislados, como exposición y reestructuración cognitiva, en comparación con los programas en que se combina estas técnicas (144). Por ejemplo, al combinar terapia de exposición y terapia cognitiva y compararla con dichos programas por separado, los pacientes, en el programa multicomponente, suelen recibir la mitad de las sesiones de exposición que reciben aquellos a los que sólo se les administra exposición, y la mitad de las sesiones de reestructuración cognitiva que aquellos pacientes a los que sólo se les aplica reestructuración cognitiva.

## **TERAPIA DE REPROCESAMIENTO Y DESENSIBILIZACIÓN POR MOVIMIENTOS OCULARES**

Esta técnica novedosa y controvertida ha generado mucha investigación en los 10 últimos años, tanto por sus partidarios como por sus detractores. Debido a ello parece pertinente, más que hacer una revisión de las investigaciones bien controladas llevadas a cabo en el área, hacer alusión a los resultados de un meta-análisis realizado recientemente.

Davidson & Parker (172) hacen una revisión meta-analítica de 34 estudios acerca de la eficacia de la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (TRDMO), en comparación con grupos controles de lista de espera u otro tipo de intervención psicológica, incluyendo exposición, en

vivo o en la imaginación, y formas modificadas de la TRDMO. Los resultados indican que cuando la TRDMO es comparada con ausencia de tratamiento y con terapias no específicas, sus resultados son superiores, sin embargo, cuando la TRDMO es comparada con terapias de exposición, ya sea en la imaginación o en vivo, no se encuentran diferencias significativas entre ambas. Asimismo, no se encuentran diferencias significativas al comparar la TRDMO con sus variantes en que hay ausencia de movimientos oculares, por lo que los autores concluyen que éstos son innecesarios en la técnica.

### **CONCLUSIONES ACERCA DE LOS ESTUDIOS SOBRE TRATAMIENTO**

Las terapias psicológicas son relativamente eficaces en el tratamiento del TEP, con tamaños del efecto mayores en el seguimiento que en el postratamiento, lo que avala el proceso de aprendizaje subyacente a la intervención psicológica. A pesar de la eficacia moderada de las terapias psicológicas, hay superioridad respecto a las terapias farmacológicas, única alternativa clínica viable, que por tanto queda descartada.

Dentro de las terapias psicológicas, parece ser que la exposición es la terapia que ha demostrado ser más efectiva en el tratamiento del trastorno. Si bien la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares, parece arrojar los mismos resultados que la terapia de exposición, cuenta con escaso apoyo teórico y no presenta ventajas clínicas frente a la exposición, lo que cuestiona su uso.

Con respecto al resto de las intervenciones psicológicas, claramente el entrenamiento en relajación es descartado por su inferioridad frente a otras técnicas, lo mismo que la inoculación de estrés, que parece ser un programa demasiado extenso y complejo, que no aporta resultados superiores a los de la exposición e incluso, en algunos casos, sus resultados se han mostrado inferiores.

En cuanto a las técnicas cognitivas y a los programas multicomponentes (principalmente exposición y reestructuración cognitiva), se observa que las investigaciones publicadas hasta la fecha no son claras respecto a la eficacia de los distintos componentes terapéuticos, algunas señalan que tanto la

exposición como los componentes cognitivos son eficaces, sin haber diferencias significativas entre ellos, y otras (un gran número) que la exposición es por sí sola efectiva para tratar este trastorno, sin necesidad de utilizar componentes cognitivos. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones en el área mezcla ambos componentes en un mismo protocolo de tratamiento y las diversas teorías que explican el TEP avalan esta decisión. No obstante, con el estado actual de conocimientos en el área, no se puede establecer la contribución de cada componente terapéutico al resultado final de aquellas intervenciones multicomponentes. Es claro que la exposición funciona, pero no es tan claro qué otros componentes sí lo hacen, ni de qué manera.

Si no hay claridad respecto a que un tratamiento multicomponente sea superior a la exposición, ¿Para qué llevar a cabo un programa de tratamiento más largo? Es cierto que parece más tranquilizador, pero quizás sólo se trate de eso, de una señal de inseguridad del terapeuta que quiere utilizar todas las técnicas disponibles para asegurar la eficacia de su intervención.

El problema parece ser que no sólo no se sabe cuál es la contribución de cada técnica en un programa multicomponente, sino que, dado que se desconoce el proceso que subyace a la eficacia de cada técnica, es difícil establecer un programa terapéutico modelo.

En otro orden de cosas, cabe destacar, que la gran mayoría de las investigaciones bien controladas se ha llevado a cabo en víctimas de agresiones sexuales o violación, unas pocas en veteranos de guerra y en distintos tipos de víctimas, habiendo casos aislados de investigaciones en víctimas de accidentes de tránsito, refugiados y víctimas de violencia doméstica, lo que no permite generalizar los resultados obtenidos a todo el que desarrolle TEP, en concreto a este último tipo de víctimas, que es la población estudiada en este trabajo.

Del mismo modo, hay disparidad en los seguimientos llevados a cabo en las investigaciones, algunos de los cuales sólo llegan a los 3 meses o 3 meses y medio, otros hasta los 6 meses y unos pocos hasta el año, como sería recomendable, para tener una idea más clara del mantenimiento de los cambios a largo plazo.

Finalmente, el escaso número de los participantes en los estudios, la mayoría de los cuales no alcanza los 15 sujetos por grupo, puede debilitar la potencia de las investigaciones, dificultando que se encuentren diferencias significativas entre modalidades de intervención.



### III. OBJETIVOS

#### 4.1. Objetivo general:

Determinar la frecuencia del estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica que acuden al centro de emergencia mujer y comisaria de mujeres en la ciudad de Arequipa entre los meses de marzo a abril del 2014

#### 4.2. Objetivos específicos:

Determinar la frecuencia de violencia psicológica en mujeres víctimas de violencia doméstica en la Ciudad de Arequipa 2014

Determinar la frecuencia de violencia física en mujeres víctimas de violencia doméstica en la Ciudad de Arequipa 2014

Determinar la frecuencia de síntomas de re experimentación en mujeres víctimas de violencia doméstica en la Ciudad de Arequipa 2014

Determinar la frecuencia de síntomas de evitación en mujeres víctimas de violencia doméstica en la Ciudad de Arequipa 2014

Determinar la frecuencia de síntomas de activación en mujeres víctimas de violencia doméstica en la Ciudad de Arequipa 2014

#### IV. HIPOTESIS

Dado que existe un alto reporte de violencia familiar en nuestro medio, es probable que exista algún un grado significativamente de síntomas del trastorno de Estrés postraumático en mujeres sometidas a violencia doméstica en Arequipa.



### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 3. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

**La técnica:** mediante la recopilación y recolección de la información, observación directa

**El instrumento:** ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (148).

#### 4. CAMPO DE VERIFICACIÓN

##### 2.1 Ubicación espacial:

Mujeres sometidas a violencia familiar de las DEMUNAS, centro de emergencia mujer y comisaria de mujeres,

##### 2.2 Ubicación temporal:

El presente trabajo se llevara a cabo durante los meses de marzo y abril, Arequipa 2014

##### 2.3 Unidades de estudio:

Mujeres sometidas a violencia familiar de las centro de emergencia mujer y comisaria de mujeres, que deseen intervenir en el estudio.

##### 2.4 Universo o población:

Todas las mujeres sometidas a violencia familiar que acuden a centro de emergencia mujer y comisaria de mujeres en la ciudad de Arequipa en el periodo de estudio.

### 2.5. Muestra:

$$n = \frac{N ( Z^2) p . q}{d^2 (N-1) + ( Z^2) p . q}$$

n= 62 por mes

Se tomara una muestra de pacientes por dos meses serán: 124 en total

n= Muestra 62

N= Población de pacientes atendidos en consultorios externos de CRED el mes anterior: 175

Z= Valor crítico de Z que corresponde al nivel de significación 1.96

P= Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia (Satisfacción con la atención) 0.5

q= Proporción que no presenta el fenómeno (Insatisfacción) 0.5

d= Precisión de la muestra 0.10

### 2.6. Criterios de inclusión:

- Edad mayor de 15 años.
- Mujeres que denunciaron violencia familiar.
- Mujeres que firmen consentimiento informado.

### 2.7. Criterios de exclusión:

- Mujeres que tengan alguna alteración mental antes del suceso traumático
- Mujeres que tengan dependencia de alcohol, drogas u otros.
- Mujeres que presenten algún grado de retardo mental o analfabetismo.

## 5. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.1. Organización:

- ◆ Autorización del Director del centro de atención de denuncias de violencia familiar.
- ◆ Preparación de las unidades de estudio.
- ◆ Formalización física de la muestra.

### 3.2. Recursos:

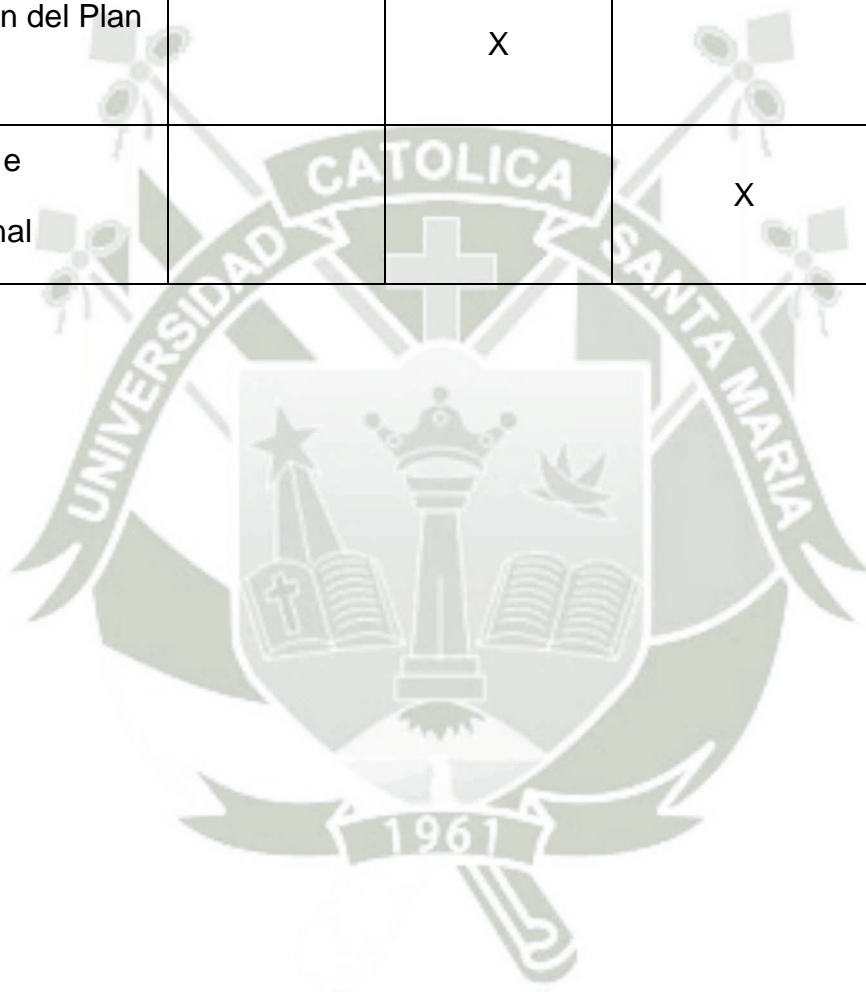
- ◆ De personal: El encuestador, estudiante de VII año de medicina, diseñador del proyecto y asesor.
- ◆ Materiales: Bibliografía, computadora con acceso a Internet, papel, lapiceros.
- ◆ Historias clínicas: proporcionadas por personal que labora en cada servicio.
- ◆ Económicos: aportados íntegramente por el autor.

### 3.3 Criterios o estrategias para manejar resultados:

Se creara una base de datos en Excel, y método estadístico SPSS 19.0. Se realizara un análisis descriptivo de los datos, los cuales se presentaran entablas de frecuencias, se describen las observaciones en número absolutos y porcentajes para su posterior análisis y discusión.

#### IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Marzo 2014	Marzo 2014	Abril 20134
Búsqueda de bibliografía	X		
Plan de tesis	X		
Aprobación del Plan de tesis		X	
Ejecución e Informe final			X



**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS**

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER Y  
COMISARIA DE MUJERES EN LA CIUDAD DE AREQUIPA ENTRE LOS MESES  
DE MARZO A ABRIL DEL 2014

**Edad:** .....

**Lugar de procedencia:**

- Urbano:.....
- Rural:.....

**Grado de instrucción:**

- Primaria
- Secundaria
- Técnico
- Superior
- Ninguna

**Estado Civil:**

- Soltera
- Casada
- Conviviente
- Viuda

**¿Qué tipo de violencia ha sufrido UD.?**

- Física
- Psicológica
- Física y psicológica
- Física, psicológica y sexual

**¿Con que frecuencia se presenta la violencia durante 1 mes?**

.....

¿Cuánto tiempo pasa para que nuevamente se presente las conductas de violencia? .....

¿Cuántas veces denunció las conductas de violencia?.....

¿Cuántas veces no denunció las conductas de violencia?.....

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

**(Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua ) (148)**

Coloque en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

**0: NADA**

**1: UNAVEZ POR SEMANA O MENOS/POCO**

**2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE**

**3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO**

SUCESO TRAUMÁTICO:

.....

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)?:

.....

¿Desde cuándo experimenta el malestar?:

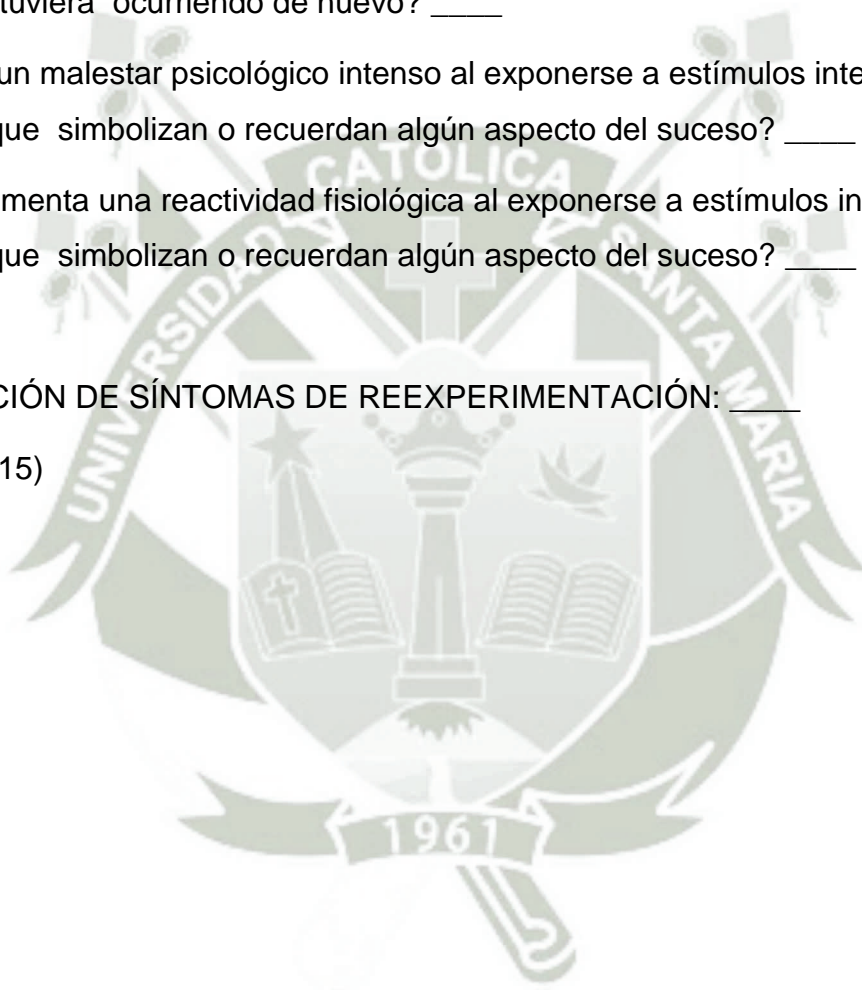
.....

**REEXPERIMENTACIÓN.....**

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? \_\_\_\_
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? \_\_\_\_
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? \_\_\_\_
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? \_\_\_\_

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN: \_\_\_\_

(Rango 0-15)



## EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso? \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? \_\_\_\_\_
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? \_\_\_\_\_
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? \_\_\_\_\_
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? \_\_\_\_\_
6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? \_\_\_\_\_
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? \_\_\_\_\_

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN: \_\_\_\_\_

(Rango 0-21)

## AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? \_\_\_\_\_
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene dificultades de concentración? \_\_\_\_\_
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso? \_\_\_\_\_
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? \_\_\_\_\_

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: \_\_\_\_\_

(Rango 0-15)

**PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO: \_\_\_\_\_**

**(Rango 0-51)**

### Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de re experimentación; de 3, en el de evitación; y de 2 en el de aumento de la activación.

- SÍ
  - Agudo (1-3 meses)
  - Crónico (> 3 meses)
  - Con inicio demorado
- NO

### Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACION OBTENIDA
<b>ESCALA GLOBAL</b> (Rango 0-51)	15	
<b>Re experimentación</b> (Rango 0-15)	5	
<b>Evitación</b> (Rango 0-21)	6	
<b>Activación</b> (Rango 0-15)	4	

## BIBLIOGRAFIA

1. Larraín S. Violencia de género: Un debate pendiente. Santiago de Chile: Catalonia; 2008.
2. Labrador F, Rincon P, Estupiña F, Alonso E, Lignon S. Violencia doméstica e intervención psicológica. *Guía del Psicólogo*. 2007; 266: p. 5-7.
3. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of family violence*. 1999; 14(2): p. 99-132.
4. Bardales O. Estado de las investigaciones en violencia familiar y sexual 2006-2010. [Online].; 2012. Available from:  
[http://www.mimp.gob.pe/files/programas\\_nacionales/pncvfs/estado\\_investigaciones2006-2010.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/estado_investigaciones2006-2010.pdf).
5. Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación contra la violencia sobre la mujer. In Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993; 1994; Ginebra. p. 3.
6. Instituto Vasco de la Mujer. Guía de actuación ante el maltrato doméstico y la violencia sexual contra las mujeres para profesionales de los servicios sociales. In ; 2007; País vasco. p. 21-23.
7. Campbell R, Sullivan CM, Davidson WS. WOMEN WHO USE DOMESTIC VIOLENCE SHELTERS Changes in Depression Over Time. *Psychology of Women Quarterly*. 1995; 19(2): p. 237-255.
8. Jhonson MP. Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*. 1995; 57: p. 283-294.
9. Riggs DS, Caulfield M, Street A. Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of clinical psychology*. 2000; 56(10): p. 1289-1316.
10. Fincham , Johnson , Riggs , Caulfield. Forgiveness and conflict resolution in marriage. *Journal of Family Psychology*. 2000; 18: p. 72-81.
11. American Psychological Association. Violence and the Family: Report of the APA Presidential Task Force on Violence and the Family – Executive. [Online].; 2002. Available from:  
<http://www.apa.org/pi/pii/viol&fam.html>.
12. Lanzas A. La Violencia en el Ámbito Familiar: Aspectos Sociológicos y Jurídicos Madrid: Cuadernos de Derecho Judicial; 2001.
13. Instituto de la Mujer. Violencia doméstica: Estrategias. En Las mujeres en el Año 2000: Hechos y Aspiraciones. In Seminario Organizado por el Instituto de la Mujer; 11 y 12 de Mayo

- de 2000; Madrid. p. 77-88.
14. Walker LE. Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*. 1999; 54(1): p. 21.
  15. Dutton MA, Burghardt K, Perrin S, Chrestman K, Halle P. Battered women's cognitive schemata. *Journal of traumatic Stress*. 1994; 7(2): p. 237-255.
  16. López , McAllister , Villavicencio , Sebastián. La violencia de pareja y la respuesta institucional desde la Dirección General de la Mujer de la Comunidad de Madrid. In *Boletín del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid*; 1999; Madrid. p. 145-167.
  17. O'Leary KD. Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and victims*. 1999; 14(1): p. 3-23.
  18. Lorente M. *Mi Marido me Pega lo Normal* Barcelona: Ares y Mares; 2001.
  19. Krug E et al. e. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2002.
  20. Follingstad D, Wright. Sex Differences in Motivations and Effects in Dating Violence. *Family Relations*. 1991; 40(1).
  21. Browne , Resnick. Violence against women by male partners. Prevalence outcomes and policy implications. *American Psychologist*. 2000; 48(10): p. 1077-1087.
  22. Varela N. *Íbamos a ser reinas. Mentiras y complicidades que sustentan la violencia contra las mujeres* Barcelona: Ediciones B; 2002.
  23. Amor P. Perfil psicopatológico de las mujeres maltratadas. *Comunicaciones del Seminario de la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo. Violencia Contra las Mujeres: Psicopatología y Tratamiento*. 5-9 Junio de 2000.
  24. Montero A. Síndrome de adaptación paradójica a la violencia domestica. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 2001; 12(1): p. 5-31.
  25. Mora Ruiz C. *Madres e hijas maltratadas: La transmisión intergeneracional de la violencia doméstica en el Perú* Lima: Impresiones y Ediciones Arteta E.I.R.L.; 2013.
  26. International Center for Research on Women. *Intimate Partner Violence: High Costs to Households and Washington DC: ICRW; 2009*.
  27. AMES C R. *Familia y Violencia en el Perú de Hoy* Lima - Perú: Comité Peruano de; 1986.

28. ADERSON J. Pobreza y Políticas Sociales en el Perú Lima Perú: Taller de Políticas y Desarrollo Social; 1994.
29. ARINA J. Apuntes de Vida y Fe Miami - Florida; 1998.
30. ACHEBURIA E. Personalidades Violentas Madrid - España: PIRAMIDE; 1996.
31. CESIP. Agenda de las Mujeres Lima Perú; 1999.
32. Ramos M. Alternativas Contra la Violencia Hacia la Mujer. 2nd ed. Lima Perú; 1995.
33. Plataforma de las Mujeres. 1st ed. Lima Perú; 1996.
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders (4ª ed.). In ; 1994; Washington.
35. Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Dang ST, Nixon RD. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2003; 71(706): p. 12.
36. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta analysis. Psychological Bulletin. 2003; 129: p. 52-73.
37. Gershuny BS, Cloitre M, Otto MW. Peritraumatic dissociation and PTSD severity: Do event related fears about death and control mediate their relation? Behaviour Research and Therapy. 2003; 41: p. 157-166.
38. Zlotnick C, Bruce SE, Shea MT, Keller MB. Delayed posttraumatic stress disorder (PTSD) and predictors of first onset of PTSD in patients with anxiety disorders. Journal of Nervous and Mental Disease. 2001; 189: p. 404-406.
39. Yehuda R, Marshall R, Penkower A, Wong CM. Pharmacological treatments of post-traumatic stress disorder. 2nd ed. Nathan P, Gorman J, editors. Nueva York: A guide to treatments that work; 2002.
40. Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2002; 70: p. 867-879.
41. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis de psiquiatría. 7th ed. Buenos Aires: Panamericana; 1994.

42. Bobes J, Bousoño M, Calcedo A, González MP. Trastorno de estrés postraumático Barcelona: Masson.; 2000.
43. Frans O, Rimmö P, Åberg L, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005; 111: p. 291-299.
44. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the ESEMeD Euro-pean Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004; 109(420): p. 21–27.
45. de Paúl J. Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Trastorno por estrés postraumático: Siglo XXI; Madrid.
46. Calhoun KS, Resick PA. Clinical handbook of psychological disorders: Post-traumatic stress disorder. 2nd ed. Nueva York: Guilford.; En D.H. Barlow; 1993.
47. Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995; 63: p. 948-955.
48. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995; 52: p. 1048-1060.
49. Zubizarreta I, Sarasua B, Echeburúa E, de Corral P, Sauca D, Emparanza I. Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. primera ed. Echeburúa E, editor. Madrid: Pirámide; 1994.
50. Gidron Y. Posttraumatic stress disorder after terrorist attacks: A review. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2002; 190: p. 118-121.
51. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*. 1998; 55: p. 626-632.
52. Keane TM, Gerardi RJ, Quinn SJ, Litz BT. Handbook of clinical behavior therapy: Behavioral treatment of post traumatic stress disorder. 2nd ed. Turner SM, Calhoun KS, Adams HE, editors. Nueva York: Wiley; 1992.
53. Astin MC, Resick PA. Manual para el Tratamiento Cognitivo – Conductual Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1997.
54. Foa E, Zinbarg R, Rothbaum B. Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic. *Psychological Bulletin*. 1992; 112(2): p. 218-238.

55. Resick P, Schnicke M. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal*. 1992; 60: p. 748-760.
56. Dagleish T. Cognitive theories of post-traumatic stress disorder. In Yule W, editor. *PostTraumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy*. Chichester: John Wiley & Sons Ltda; 1999. p. 193-220.
57. Brewin C. Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*. 1989; 96(3): p. 379-394.
58. Brewin C, Dagleish T, Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*. 1996; 103(4): p. 670-686.
59. Brewin C. A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*. 2001; 39: p. 373-393.
60. Crespo M. *Comunicación Personal*. 2001..
61. LeDoux J. Emoción, memoria y cerebro. *Investigación y Ciencia*. 1994 Agosto; 215: p. 38-45.
62. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. In. Nueva York: Guilford; 1988.
63. Stein MB, Jang K, Taylor S, Vernon P, Livesley W. Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: A twin study. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159: p. 1675-1681.
64. Lang PJ. *Panic: Psychological perspectives*. In Rachman S, Maser JD, editors. *Fear, anxiety, and panic: Context, cognition, and visceral arousal*. Hillsdale: Erlbaum; 1988. p. 219-236.
65. Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*. 1999; 11: p. 303-314.
66. Díaz M, Molina R, Lozano M, Carrasco J. Bases biológicas del trastorno por estrés postraumático. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000; 28: p. 379-384.
67. Collingridge GL, Bliss TV. Memories of NMDA receptors and LTP. *Trends Neurosci*. 1995; 18: p. 54-56.
68. Nutt DJ. The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61(5): p. 24-29.
69. Davidson J, Glover V, Clow A, Kudler H, Meador K, Sandler M. Tribulin in posttraumatic stress

- disorder. *Psychol Med.* 1988; 18: p. 833-836.
70. Yehuda R, Southwick SM, Giller EL, Xiaowan MA, Mason JW. Urinary catecholamine excretion and severity of PTSD symptoms in Vietnam combat veterans. *J Nerv Ment Dis.* 1992; 180: p. 321-325.
71. Spivak B, Vered Y, Graff E, Blum I, Mester R, Weizman A. Low platelet-poor plasma concentrations of serotonin in patients with combat related posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.* 1999; 45: p. 840-845.
72. Kosten TR, Mason JW, Giller EL, Ostroff RB, Harkness L. Sustained urinary norepinephrine and epinephrine elevation in post-traumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology.* 1987; 12: p. 13-20.
73. Lemieux A, Coe C. Abuse-related posttraumatic stress disorder: evidence for chronic neuroendocrine activation in women. *Psychosomat Med.* 1996; 57: p. 105-115.
74. Pitman R, Orr S. Twenty-four hour urinary cortisol and catecholamine excretion in combat-related posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.* 1990; 27: p. 245-247.
75. Mellman TA, Kumar A, Kulick-Bell R, Kumar M, Nolan B. Nocturnal/daytime urine norepinephrine measures and sleep in combat-related PTSD. *Biol Psychiatry.* 1995; 38: p. 174-179.
76. Davidson L, Baum A. Chronic stress and posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol.* 1986; 54: p. 303-308.
77. Charney DS, Deutch AY, Krystal JH, Southwick SM, Davis M. Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1993; 50: p. 294-305.
78. Sutherland SM, Davidson JR. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1994; 17: p. 409-423.
79. Blanchard EB, Kolb LC, Prins A, Gates S, McCoy GS. Changes in plasma norepinephrine to combat-related stimuli among Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1991; 179: p. 371-373.
80. Hamner MB, Diamond B, Hitri A. Plasma norepinephrine and MHPG responses to exercise stress in PTSD. *American Psychiatric Press.* 1994.
81. Yehuda R, Siever L, Teicher MH. Plasma norepinephrine and 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol concentrations and severity of depression in combat posttraumatic stress disorder and major depressive disorder. *Biol Psychiatry.* 1998; 44: p. 56-63.

82. Segal M. Serotonergic innervation of the locus coeruleus from the dorsal raphe and its action on responses to noxious stimuli. *J Physiol.* 1979; 286: p. 401-415.
83. Goddard A, Charney D, Henninger G, Woods SW. Effects of the 5-HT reuptake blocker fluvoxamine on anxiety induced by yohimbine. In *Presentado al 20th Annual Meeting Society for Neuroscience*; 1990. p. Abstract N° 467.10.
84. Petty F, Davis L, Kabel D, Kramer G. Serotonin dysfunction disorders: a behavioral neurochemistry perspective. *J Clin Psychiatry.* 1996; 57(8): p. 11-16.
85. Perry BD, Giller EL, Southwick SM. Altered platelet  $\alpha_2$  adrenergic binding sites in post-traumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 1987; 144: p. 1511-1512.
86. Perry DB. *Neurobiological sequelae of childhood trauma: PTSD in children.* American Psychiatric Press. 1994.
87. Perry BD, Southwick SM, Yehuda R, Giller EL. *Adrenergic receptor regulation in post-traumatic stress disorder.* American Psychiatric Press. 1990.
88. McFall ME, Murburg MM, Ko GN, Veith RC. Autonomic responses to stress in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.* 1990; 27: p. 1165-1175.
89. Rainey JM, Aleem A, Ortiz A, Yeragani V, Pohl R, Berchou R. A laboratory procedure for the induction of flashbacks. *Am J Psychiatry.* 1987; 144: p. 1317-1319.
90. Hansenne M, Pichot W, Anseau M. The clonidine test in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 1991; 148: p. 810-811.
91. Southwick SM, Krystal JH, Morgan CA, Johnson D, Nagy KM, Nicolaou A, et al. Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1993; 50: p. 266-274.
92. Rasmusson AM, Hauger RL, Morgan CA, Bremner JD, Charney DS, Southwick SM. Low baseline and yohimbine-stimulated plasma neuropeptide Y (NPY) levels in combat-related PTSD. *Biol Psychiatry.* 2000; 47: p. 526-539.
93. Bremner JD, Innis RB, Ng CK, Staib LH, Salomon RM, Bronen RA, et al. Positron emission tomography measurement of cerebral metabolic correlates of yohimbine administration in combat-related posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1997; 54: p. 246-254.
94. Yehuda R, Southwick SM, Ostroff RB, Mason JW, Giller E. Neuroendocrine aspects of suicidal behavior. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 1988; 17: p. 83-102.

95. Calogero AE, Bernardini E, Margioris A, Bagdy G, Gallucci WT, Munson PJ, et al. Effects of serotonergic agonists and. *Peptides*. 1989; 10: p. 189-200.
96. Arora RC, Fitchner CG, Connor F. Paroxetine binding in the blood platelets of posttraumatic stress disorder patients. *Life Sci*. 1993; 53: p. 919-928.
97. Weizman R, Laor N, Schujovitsky A, Wolmer L, Abramovitz-Schnaider P, Freudstein-Dan A, et al. Platelet imipramine binding in patients with posttraumatic stress disorder before and after phenelzine treatment. *Psychiatry Res*. 1996; 63: p. 143-150.
98. Mason JW, Giller EL, Kosten TR, Ostroff RB, Podd L. Urinary free-cortisol levels in posttraumatic stress disorder patients. *J Nerv Ment Dis*. 1986; 174: p. 145-149.
99. Bremner J, Licinio J, Darnell A, Krystal JH, Owens MJ, Southwick SM, et al. Elevated CSF corticotropin-releasing factor concentrations in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1997; 154: p. 624-629.
100. Boscarino JA. Posttraumatic stress disorder, exposure to combat, and lower plasma cortisol among Vietnam veterans: findings and clinical implications. *J Clin Cons Psych*. 1996; 64: p. 191-201.
101. Bourne PB, Rose RM, Mason JW. 17-OHCS levels in combat: special forces team under threat of attack. *Arch Gen Psychiatry*. 1968; 19: p. 135-140.
102. Yehuda R, McFarlane AC, Shalev AY. Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biol Psychiatry*. 1998; 44: p. 1305-1313.
103. Resnick HS, Yehuda R, Pitman RK, Foy DW. Effect of previous trauma on acute plasma cortisol level following rape. *Am J Psychiatry*. 1995; 152: p. 1675-1677.
104. Shalev AY, Sahar T, Freedman S, Peri T, Glick N, Brandes D, et al. A prospective study of heart rate response following trauma and the subsequent development of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55: p. 553-559.
105. Cahill L, Prins B, Weber M, McGaugh JL. Beta-adrenergic activation and memory for emotional events. *Nature*. 1994; 371: p. 702-704.
106. De Wied D. Neurohypophyseal hormone influences on learning and memory processes. 1984.
107. Borrell J, De Kloet ER, Versteeg DH, Bohus B. Inhibitory avoidance deficit following short-term adrenalectomy in the rat: the role of adrenal catecholamines. *Behav Neural Biol*. 1983; 39: p. 241-258.

108. Yehuda R. Parenteral PTSD as risk factor for PTSD. Progress in psychiatry series. 1999.
109. Yehuda R, Schmeidler J, Wainberg M, Binder-Brynes K, Duvdevani T. Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors. Am J Psychiatry. 1998; 155: p. 1163-1171.
110. Yehuda R, Schmeidler J, Giller EL, Siever LJ, Binder-Brynes K. Relationship between posttraumatic stress disorder characteristics of Holocaust survivors and their adult offspring. Am J Psychiatry. 1998; 155: p. 841-843.
111. Svec F. Glucocorticoid receptor regulation. Life Sci. 1985; 35: p. 2359-2366.
112. Lowy MT, Reder AT, Antel JP, Meltzer HY. Glucocorticoid resistance in depression: the dexamethasone suppression test and lymphocyte sensitivity to dexamethasone. Am J Psychiatry. 1984; 141: p. 1365-1370.
113. Yehuda R, Boisoineau D, Mason J, Giller EL. Glucocorticoid receptor number and cortisol excretion in mood, anxiety, and psychotic disorders. Biol Psychiatry. 1993; 34: p. 18-25.
114. Lowy MT, Gormley GJ, Reder AT. Immune function, glucocorticoid receptor regulation and depression. American Psychiatric Association. 1989.
115. Yehuda R, Lowy MT, Southwick SM, Shaffer D, Giller EL. Lymphocyte glucocorticoid receptor number in posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry. 1991; 148: p. 499-504.
116. Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM, et al. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry. 1995; 152: p. 973-981.
117. Yehuda R. Linking the neuroendocrinology of posttraumatic stress disorder with recent neuroanatomic findings. Semin Clin Neuropsychiatry. 1999; 4: p. 256-265.
118. Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 2000; 61(7): p. 14-21.
119. Dinan TG, Barry S, Yatham LN, Mobayed M, Brown I. A pilot study of a neuroendocrine test battery in posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry. 1990; 28: p. 665-672.
120. Yehuda R, Giller E, Southwick SM, Lowy MT, Mason JW. Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder. Biol Psychiatry. 1991; 30: p. 1031-1048.
121. Amir S, Brown ZA, Arnit A. The role of endorphins in stress: evidence and speculations. Neurosci Biobehav Rev. 1986; 4: p. 77-86.

122. Pitman RK, van der Kolk BA, Orr SP, Greenberg MS. Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder. A pilot study. *Arch Gen Psychiatry*. 1990; 47: p. 541-544.
123. Van der Kolk B, Greenberg M, Boyd H, Kristal J. Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: toward a psychobiology of post traumatic stress. *Biol Psychiatry*. 1985; 20: p. 314-325.
124. Mason JW, Kennedy JL, Kosten TR, Giller EL. Serum thyroxine levels in schizophrenic and affective disorder diagnostic subgroups. *J Nerv Ment Dis*. 1989; 177: p. 351-358.
125. Mason JW. A review of psychoendocrine research on the pituitary-thyroid system. *Psychosom Med*. 1968; 30: p. 666-681.
126. Nemeroff CB, Prange AJ. Peptides and psychoneuroendocrinology. A perspective. *Arch Gen Psychiatry*. 1973; 35: p. 999-1010.
127. Mason GA, Bondy SC, Nemeroff CB, Walker CH, Prange AJ. The effects of thyroid state on beta-adrenergic and serotonergic receptors in rat brain. *Psychoneuroendocrinology*. 1987; 12: p. 261-270.
128. Prange AJ. Thyroid axis sustaining hypothesis of posttraumatic stress disorder. *Psychosom Med*. 1999; 61: p. 139-140.
129. Wilson SN, van der Kolk B, Burbridge J, Fislis R, Kradin R. Phenotype of blood lymphocytes in TEPT suggests chronic immune activation. *Psychosomatics*. 1999; 40: p. 222-225.
130. Burges Watson IP, Muller HK, Hoffman L, Wilson G, Jones JH. Cell-mediated immunity in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Med J Aust*. 1995; 162(55).
131. Spivak B, Shohat B, Mester R, Avraham S, Gil-Ad I, Bleich A, et al. Elevated levels of serum interleukin-1 beta in combat-related posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 1997; 42: p. 345-348.
132. Dinarello CA. The biological properties of interleukin-1. *Eur Cytokine Netw*. 1994; 5: p. 517-531.
133. Yirmiya R, Avitsur R, Donchin O, Cohen E. Interleukin-1 inhibits sexual behavior in female but not in male rats. *Brain Behav Immun*. 1995; 9: p. 220-223.
134. Rivier C, Vale W, Brown M. In the rat, interleukin-1 and stimulate adrenocorticotropin and catecholamine release. *Endocrinology*. 1989; 125: p. 3096-3102.

135. Fukata J, Usui T, Naitoh Y, Nakai Y, Imura H. Effects of recombinant human interleukin-1 alpha, -1 beta, 2 and 6 on ACTH synthesis and release in the mouse pituitary tumour cell line AtT-20. *J Endocrinol.* 1989; 122: p. 33-39.
136. Maes M, Lin A, Delmeire L, van Gastel A, Kenis G, de Jongh R, et al. Elevated serum interleukin-6 (IL-6) and IL-6 receptor concentrations in posttraumatic stress disorder following accidental man-made traumatic events. *Biol Psychiatry.* 1999; 45: p. 833-839.
137. Grillon C, Southwick SM, Charney DS. The psychobiological basis of posttraumatic stress disorder. *Mol Psychiatry.* 1996; 1: p. 278-297.
138. Haas HS, Schauenstein K. Neuroimmunomodulation via limbic structures: the neuroanatomy of psychoimmunology. *Prog Neurobiol.* 1997; 51: p. 195-222.
139. Navarra P, Tsagarakis S, Faria MS, Rees LH, Besser GM, Grossman AB. Interleukins-1 and stimulate the release of corticotropin releasing hormone rat hypothalamus in vitro via the eicosanoid cyclooxygenase pathway. *Endocrinology.* 1991; 128: p. 37-44.
140. Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. In ; 1992; Madrid.
141. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios de investigación. In Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10; 2000; Madrid.
142. Andrews G, Slade T, Peters L. Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry.* 1999; 174(3-5).
143. Hickling EJ, Blanchard EB. The private practice psychologist and manual-based treatments: Posttraumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy.* 1997; 35: p. 191-203.
144. Foa E, Keane T, Friedman M. Effective Treatments for PTSD. In Foa E, Keane T, Friedman M, editors. *Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.* New York: The Guilford Press; 2000. p. 1-17.
145. Báguena MJ. Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema.* 2001; 13(3): p. 479-492.
146. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Klauminzer G, Charney DS, et al. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist.* 1990; 13: p. 187-188.

147. Watson CG, Juba MP, Manifold V, Kucala T, Anderson P. The PTSD interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology*. 1991; 47: p. 179-188.
148. Echeburúa E, Corral P, Amor P, Zubizarreta I, Sarasúa B. Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1997; 23: p. 503-26.
149. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*. 1997; 9: p. 445-451.
150. Davidson JR, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, et al. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*. 1997; 27: p. 153-160.
151. Carlier IV, Lamberts RD, van Uchelen AJ, Gersons BP. Clinical utility of a brief diagnostic test for posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Medicine*. 1998; 60: p. 42-47.
152. Lauterbach D, Vrana S, King DW, King LA. Psychometric properties of the civilian version of the Mississippi PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*. 1997; 10: p. 499-513.
153. Antony MM, Orsillo SM, Roemer L. *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* Nueva York: Klumer/Plenum.; 2001.
154. Kubany ES, Haynes SN, Abueg FR, Manke FP, Brennan JM, Stahura C. Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment*. 1996; 8: p. 428-444.
155. Williams RM, Davis MC, Millsap RE. Development of the Cognitive Processing of Trauma Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2002; 9: p. 349-360.
156. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1986; 174: p. 727-735.
157. Richards D, Lovell K. Behavioural and cognitive behavioural interventions in the treatment of PTSD. In Yule W, editor. *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy*. Chichester: John Wiley & Sons Ltda; 1999. p. 239-266.
158. Labrador FJ, Echeburúa E, Becoña E. Guía para la Elección de Tratamientos Psicológicos Efectivos. In *Hacia una Nueva Psicología Clínica*; 2000; Madrid.
159. Solomon S, Johnson D. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder: A practice-friendly review of outcome research. *Journal of Clinical Psychology*. 2002; 58(8): p. 947-959.

160. Foa E, Meadows E. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*. 1997; 48: p. 449-480.
161. Rothbaum B, Meadows E, Resick P, Foy D. Cognitive-behavioral therapy. In Foa E, Keane T, Friedman M, editors. *Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guilford Press; 2000. p. 60-83.
162. Keane T, Fairbank J, Caddell J, Zimering R. Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*. 1989; 20: p. 245-260.
163. Foa E, Rothbaum B, Riggs D, Murdock T. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991; 59(5): p. 715-723.
164. Marks I, Lovell K, Noshirvani H, Livanou M, Thrasher S. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*. 1998; 55(4): p. 317-325.
165. Paunovic N, Öst L. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*. 2001; 39: p. 1183-1197.
166. Echeburúa E, Corral P, Sarasua B, Zubizarreta I. Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study. *stress disorder in rape victims: An experimental study*. 1996b; 10(3): p. 185-199.
167. Corral P, Echeburúa E, Zubizarreta I, Sarasua B. Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1995; 21(8): p. 455-482.
168. Bryant R. Cognitive behavioral therapy of violence-related posttraumatic stress disorder. *Aggression and Violent Behavior*. 2000; 5(1): p. 79-97.
169. Tarrier N, Pilgrim H, Sommerfield C, Faragher B, Reynolds M, Graham E, et al. A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in. *Journal of Consulting and Clinical*. 1999 67;(1): p. 13-18.
170. Fecteau G, Nicki R. Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1999; 27: p. 201-214.
171. Kubany E, Hill E, Owens J. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*. 2003; 16(1): p. 81-91.

172. Davidson P, Parker K. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001; 69(2): p. 305-316.

