

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todos los que hicieron posibles este emprendimiento con su aliento y continuos mensajes de apoyo.

En primer lugar a mi amada esposa, quien supo apoyarme en cada paso, y silenciosamente hacerse cargo de tareas que normalmente las compartíamos.

A mis hijos, por aceptar ese tiempo sin el “papá” que solían tener y la preocupación permanente de cómo estaba con el trabajo.

El cariño y la ternura de mi madre.

A la Lic. Nelly Giscafré, quien en todo momento estuvo dándome ánimo y aliento para que esto fuera posible.

A la Dra. Alicia Battaglia, por su calidez y la transmisión de su experiencia profesional en la confección de la Tesis.

A la Lic. Alejandrina Menichelli, con quien iniciara mi investigación en la Ciudad de Mar del Plata y con mucho profesionalismo, entusiasmo y dedicación preparó los talleres que juntos coordinamos y posteriormente se hizo cargo de la asistencia de los Veteranos de Guerra de que estaban en Mar del Plata y Bahía Blanca.

Al Lic. Sebastián Ardalla, por ser en gran parte mi compañero de ruta en los viajes al interior del país (Pcias. Misiones y Mendoza) y su aporte profesional.

Al equipo formado en la Federación de Veteranos de Guerra de la República Argentina y la Subgerencia de Veteranos de Guerra (PAMI), especialmente a la Lic. Elisabet Wagemans de Cavalieri y Dr. Eduardo Gerding por la calidez, dedicación y profesionalismo con que desempeñan su labor diaria al lado de un grupo humano tan valiosos como son los integrantes de la Comisión de Veteranos de Guerra.

A los Centros de Veteranos de las Provincias de Buenos Aires, Mendoza y Misiones, junto a las Delegaciones de la Ciudad de Mar del Plata, La Plata y Avellaneda y Bahía Blanca por la calidez con que me recibieron y las vivencias profundas que hemos compartido a lo largo de todos estos años.

Al Dr. Hugo Viola y Lic. que por sus profesionales aportes me dieron una invaluable contribución en cuanto a la descripción de la Afección de Estrés Postraumático y su experiencia en la problemática del Estrés.

Al Dr. Carlos Molina por sus aportes en el asesoramiento farmacológico en el Estrés Postraumático.

A la Ingeniera Mabel Bello por sus contribuciones bibliográficas.

Al Dr. Fernando García y Lic. Julio Lobianco por su asesoramiento en el área estadística y el enfoque científico.

A la Traductora Sabrina Carla Capotorto por sus aportes en las traducciones de las publicaciones Científicas.

A la Sra. Prof. Lic. Marta Knallinsky por sus invaluable aportes en el diseño de la Metodología de la Investigación

Al Pastor Sr. Pablo Borda, por su aporte teológico, espiritual y humano.

A la Srta. Verónica Ustarez quien con mucha paciencia, dedicación y esfuerzo trabajó incansablemente para transcribir esta obra.

Al Dr. Vicente Rubino por su invaluable visión Holística, sin el cual no hubiese podido orientar el rumbo de mi Tesis. También la palabra que me supo dar para despejar de mi visión ciertos espejismos.

Al Dr. Roberto Kertész por su incondicional apoyo, por ser la persona que me alentó desde el primer momento y quien despertara la luz de mi inquietud para que esta investigación se hiciera realidad.

Y todas las personas que me han dado su afecto e interés junto a sus alentadoras palabras de apoyo.

A todos, muchas gracias.

TESIS DOCTORAL

Título :

Enfoque Psicológico del Estrés Postraumático en los Veteranos Argentinos de la Guerra de las Islas Malvinas

Hipótesis :

- a) La presencia de los distintos síntomas constitutivos del trastorno por estrés postraumático está asociada significativamente con los distintos grados de control percibido por el sujeto durante la situación traumática.***

- b) Sujetos que padecen TEPT se diferencian significativamente en cuanto a la intensidad de sus síntomas en función de haber o no recibido heridas durante la situación traumática – los que recibieron heridas padecen sintomatología de mayor intensidad, (evaluadas a través del CAPS).***

UFLO – Universidad de Flores

Diseño :

La investigación consta de siete módulos que si bien cada uno posee una temática que le es propia, están conexos entre sí sobre la base de la problemática de los antecedentes del conflicto armado, el marco teórico del Estrés Postraumático y del Abordaje de la investigación.

En el **Primer módulo**, se expresa el momento en el que se inicia el primer contacto con la problemática del Estrés Postraumático, no solo en el aspecto terapéutico, sino social. También se delinea la Hipótesis de Trabajo.

En el **Segundo Módulo**, se bosquejan las referencias del Archipiélago de las Islas Malvinas.

- Su Geografía, porque el terreno donde se hicieron las operaciones militares es de una naturaleza muy peculiar por varias razones, el terreno de gran parte de la Isla es de Turba, es decir no hay prácticamente en el continente argentino un lugar con esas características. Cuando los soldados escarbaban la tierra para hacer sus trincheras o pozos de zorro , a pocos centímetros de profundidad, encontraban agua, lo que dió paso a afecciones como “el pie de trinchera”, que el mecanismo interior de los fusiles se atascara, las municiones se humedecieran, etc. Por su latitud y por tratarse del otoño, los días tenían una duración solar de ocho a nueve horas y el resto era de noche con una visibilidad muy reducida (tres a cinco metros). Las tropas argentinas no contaban con visores nocturnos (las británicas sí).
- Su Historia, es importante destacar los antecedentes, dado que en las tropas argentinas había una motivación muy arraigada, y una clara conciencia del paso trascendental que se estaba dando. En las Tropas Británicas, todo era muy diferente, muchos de ellos no sabían ni donde estaban situadas, pero sí tenían un conocimiento del terreno de combate, que no lo poseía su adversario.
- La Cronología de los Acontecimientos Bélicos, para entender aún más el discurso de las vivencias relatadas por los Veteranos de Guerra. mo, Las Secuelas Sociales, donde se manifiestan algunas de las cifras oficiales a modo de dar un marco orientativo de la actualidad de los excombatientes.

En el **Tercer Módulo**, se orienta a los distintos Factores del orden Psicológico en la persona del Veterano de Guerra, que si bien no es específicamente lo investigado, subyace en el abordaje de la problemática.

- El concepto que prima con respecto a la Idea del Veterano de Guerra en la concepción Antropofilosófica.
- Las Vivencias de los Veteranos desde el Teatro de Operaciones, donde debieron conservar sus vidas, se encontraron –la mayoría– con un nuevo frente de conflicto. La diferencia es que el enemigo ya no estaba con uniforme y armado sino que por el contrario se vistió de Indiferencia.
- Se trata aquí, un tema muy difícil de abordar por la falta de información oficial, por un lado y por lo complejo de la problemática: *El Suicidio*.
- Se plantean las distintas corrientes psicológicas para emprender el camino del tratamiento.

El **Cuarto Módulo**, se divide en dos cuerpos:

- En el primero se hace una Reseña Histórica del Trastorno por Estrés Postraumático.
- En el segundo cuerpo, se describe el Marco Teórico de la presente investigación.

En el **Quinto Módulo**, se expresa la Hipótesis de trabajo. Se fundamenta el abordaje del tipo de investigación, se describe la población y las características particulares de la muestra seleccionada. La descripción de los Instrumentos de Evaluación, se da un ejemplo de cómo se efectuó la recolección de los datos de la muestra, Se expone una reseña de todos los casos de la muestra, donde constan los Acontecimientos vivenciados por los Veteranos y la Reexperimentación de los sucesos Traumáticos. Por último, se da una Relación Final y las Conclusiones de la Investigación sobre la base del fundamento psicométrico.

En el **Sexto Módulo**, se estructuró sobre varios ejes que complementan los conceptos investigados.

- Se describen los abstracts, de varias investigaciones hechas con personas que padecen del trastorno de Estrés Postraumático, y las que de alguna manera están relacionadas con la problemática de referencia.
- Se hace mención de casos clínicos que están relacionados con el Estrés Postraumático, debido a que es necesario señalar que la indagación se orienta a un marco más amplio que el de los excombatientes.
- Se da una síntesis de la Importancia de la Investigación y el aporte que se brinda a la comunidad científica.
- El módulo finaliza con la enunciación de futuras investigaciones que se llevarán a cabo en el futuro.

En el **Séptimo Módulo**, se formula una reflexión sobre la actualidad imperante. Si bien se da la bibliografía en cada capítulo, se hace una enumeración general de la bibliografía consultada.

INDICE GENERAL

MÓDULO 1

1. <i>Pròlogo</i>	11
2. <i>Introducción</i>	14
3. <i>Planteo del Problema</i>	17

MÓDULO 2

4. <i>Las Islas Malvinas:</i>	
a. <i>Geografía</i>	24
b. <i>Historia</i>	30
c. <i>Cronología de la Guerra</i>	60

MÓDULO 3

5. <i>Enfoque Psicológico</i>	
a) <i>Reflexiones Acerca del Concepto de Persona</i>	91
b) <i>Las Vivencias a través del Tiempo</i>	98
c) <i>La Post Guerra de los Veteranos</i>	120

d) Suicidios.....	129
e) Factores Psicodinàmicos.....	142

MÓDULO 4

6. La Afección a través de la Historia.....	151
7. Marco Teórico:	
a) Epidemiología.....	167
b) Etiología.....	173
c) Factores Biológicos.....	177
d) Diagnóstico.....	193
e) Diagnóstico Diferencial.....	207
f) Síntomas Clínicos.....	213
g) Tratamiento Psiofarmacológico.....	222
h) Tratamiento Psicológico.....	229

MODULO 5

8. Establecimiento de la Hipótesis, Definición Conceptual y Operacional de las Variables.....	249
9. Tipo de Investigación.....	257
10. Diseño de la Investigación.....	261
11. La Población y la Muestra.....	264
12. Instrumentos de Evaluación.....	269
13. Recolección de Datos.....	280
14. Análisis de los Datos:	

	a) Exponer todos los Casos de la Muestra..	288
	b) La Codificación de los Datos.....	357
15.	Relación Final y Conclusiones de la Investigación..	395

MÓDULO 6

16.	Estudios Experimentales.....	406
17.	Estudios Experimentales Relacionados con la Presente Investigación.....	425
18.	Casos Clínicos.....	431
19.	Importancia de la Investigación.....	436
20.	Enunciados de Futuras Investigaciones.....	445

MÓDULO 7

21.	Conclusión Final.....	447
22.	Bibliografía General.....	452

MÓDULO I

- 1. Pròlogo**
- 2. Introducción**
- 3. Planteo del Problema**

1. Pròlogo

Éstas palabras no estaban previstas en la versión original de lo que presentaba como lo que sería mi tesis. En ese momento consideraba que, en aras de la ciencia, debía tomar distancia de algunos aspectos relacionados con algo que es muy importante en mi vida: la guerra de las Malvinas.

Una conversación acerca del borrador de mi tesis con alguien a quien quiero y respeto mucho, me hizo reflexionar con la siguiente pregunta: “**¿y dónde estás vos en todo esto que has hecho?**”. En ese momento me di cuenta de que no había puesto un elemento esencial que es: **la vivencia**.

La vivencia personal de haber estado en esos momentos de la guerra, quizás incluso, mucho antes de que sonara el primer disparo, ya estaba yo trabajando en la planificación de la guerra, aplazando un casamiento con quien, al día de hoy es mi esposa, mintiéndole por momentos, para que no notara que mi ausencia se debía a que lo que tenía en mi mente no era otra cosa más que los planes de guerra.

En aras de ser objetivo, estaba poniendo también entre paréntesis, las vivencias de tomar decisiones, acerca de la gente que tenía que ir a ciertos lugares claves. Muchos de ellos nunca volvieron.

En ese entonces había sido designado junto a otros 16 oficiales más, a trabajar en la planificación de lo que posteriormente sería “La Operación Rosario”; es muy difícil, entonces poder hacer un juicio objetivo de muchas de las cosas que sucedieron.

Solamente aquellos que transitamos los momentos de silencios interminables porque la radio no contestaba cuando llamábamos a un Crucero que ya no nos podía contestar. Silencios de los amigos que quedaron a custodia de nuestro viejo barco, en cuya cubierta habíamos comenzado a saber de cadetes y lo que era una vida naval, lo que era la experiencia de estar a bordo, de descubrir como *todos dependíamos de todos*.

Sentir que siempre era preferible transpirar en la paz para no sangrar en la guerra; sobre esa base me formé, producto también de que mi padre fue militar (quien muriera un 2 de Abril), y para mí siempre fueron códigos muy conocidos: el deber y el hecho de tener una misión y cumplirla.

Karl Jaspers dice : “*las acciones incondicionales tienen lugar en el amor, en la lucha, en el acometer altas empresas*”. La profesión militar no es una profesión,

para ir a cumplir un puesto de trabajo; es una suerte de sacerdocio, es un ideal, es, para todos aquellos que abrazaron la carrera, el estar en la firme convicción que en última instancia se puede ofrecer la vida por un valor llamado *Patria*, que es esa y no otra, su misión en la vida.

Es muy difícil poner en palabras, aspectos que nacen de los propios sentimientos, de la camaradería, del espíritu de cuerpo; como por ejemplo: el hecho de ver flamear un trapo para unos, una bandera para otros, o un *símbolo* que representa mucho más que un conjunto de Valores Nacionales.

En la guerra solo hay sobrevivientes y la mejor guerra es la que no se realiza.

Quizás la humanidad en algún momento entienda la importancia de la paz, y la necesidad de **comprender** la contradicción que existe entre los hombres, así como la contradicción que invade constantemente al hombre.

Quizás la **vivencia** me permita sentirme de un lado y del otro, conocer el medio y las reglas del juego. El haber vivido dentro y fuera de un sistema, me permita **comprender** y apreciar las diferencias. Es muy probable que esto haya sido el estímulo disparador de éste trabajo, facilitándome el dar una mano a esas personas que padecieron circunstancias extremas, quedando en principio paralizados (para conservar su propia vida) y lo que es peor, quedando posteriormente atados a ese momento sin poder salir de él hasta el presente.

Lo que me acercó a estudiar el fenómeno de Stress Post-Traumático fue buscar herramientas eficaces para ayudar al que lo padece, buscando instrumentos válidos sobre la base de la objetividad e indagando los elementos que podían ser útiles bajo el enfoque psicológico.

Así fue como en éste tránsito, por momentos la objetividad, acabó por convertirse en objetivación; objetivación de eso que llamo *persona*, porque, en aras de ayudar, sin querer pude cometer la torpeza de perder de vista lo más importante, que es la *Persona* .

Si bien la tesis trabaja, o trata sobre la reexperimentación del suceso traumático y su relación con la situación vivenciada durante la guerra, es importante, también tener en cuenta la vivencia diaria del sufriente que padece éste trastorno.

Todos los días, en su mundo se están reeditando esos momentos que vivenció con mucha intensidad porque se trataba de *situaciones límites*.

Por eso es necesario que se interprete que más allá de hablar de una reexperimentación de un suceso traumático, estamos hablando de la perturbación de un hombre cuya existencia comienza a ser empañada por una sintomatología que va mas allá de él, que le aparece, que irrumpe en él, y que, por consiguiente, deja rastros, no solamente en él, sino en todo su entorno.

Desde esta tribuna imaginaria, a todas aquellas personas que dejaron sus vidas, sin importar el bando, ya que todos fueron víctimas del horror y la tragedia, les rindo mi mas sincero y profundo homenaje.

2. Introducció

Introducción

Todo comenzó una calurosa tarde en Oberá, Provincia de Misiones, con una asistencia a un veterano de Guerra que padecía de Estrés Postraumático.

Estaba aislado, viviendo en una casilla prefabricada de madera, desprovista de luz y de gas en una plantación de té. Luego de esta entrevista, tuvo el primer paso de su recuperación al lograr abordar un micro en Posadas, para continuar el tratamiento en Buenos Aires.

Hoy, ya recuperado de su afección, está habitando una confortable casa de material con un tinglado, camioneta y camión de su propiedad, con un próspero comercio y una familia (Esposa e hijos), con la problemática de todos los que se animan a hacer cosas al día de hoy.

La guerra, quizás, ha pasado para la mayoría de los Argentinos, pero hay quienes continúan combatiendo todas las noches, y de día viven en muchos casos una rutina donde la palabra *guerra* es cotidiana para todos los que habitan bajo ese mismo techo. Esta es la sombra del conflicto, el lado que se oculta, el que no se ve pero que si se vivencia, tiene un nombre: **Estrés Postraumático**.

El Estrés Post-traumático como tal, fue introducido por primera vez a la nomenclatura psiquiátrica, en 1980 (Asociación Americana de Psiquiatría; DSM-III), ya que la fenomenología descripta de los síndromes postraumáticos, había sido anteriormente reconocida, por una gran variedad de nombres; entre ellos: Síndrome de Da Costa, Corazón de Soldado, Neurosis Traumática, Neurosis de Guerra, Síndrome del Campo de Concentración y Síndrome Traumático de Violación, Psiconeurosis entre otros.

El estrés postraumático, se refiere a un trastorno que emerge como respuesta tardía o diferida a un suceso estresante o una situación vivida durante un tiempo determinado (corto o extenso), de características objetivamente extremas o catastróficas, que causaría a la mayor parte de las personas, un impacto cuyos alcances reducen sensiblemente su calidad de vida (catástrofes naturales: terremotos, temporales, etc., las producidas por el hombre: combates, accidentes graves, haber sido víctima o ser testigo, de la muerte violenta, de accidentes graves, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Cuando hablamos de la enfermedad, lo estamos haciendo no sólo con la mirada puesta en el hombre, sino en el círculo familiar, ya que este malestar se expande y puede afectar los límites propios del ámbito del hogar del veterano; de ahí su importancia.

Se pretende con el presente trabajo, dar un aporte a la comunidad científica contribuyendo al desarrollo de tratamientos más efectivos para el abordaje de este desorden.

Asimismo, plantear un interrogante de la naturaleza humana, que por una parte transita por los senderos de la violencia y la destrucción y el horror, y por la otra transita hacia la búsqueda incondicional de la reparación sobre el camino del amor por el otro.

Heidegger, nos hace notar de la contingencia del hombre, señala que ella es un hecho absurdo , pero evidente: el hombre está “arrojado” en el mundo, viene de la nada y retorna a la nada.

El hombre ha caído en el mundo, está inmerso entre los objetos que lo rodean, en la consonancia de la vida diaria, el hombre no puede alcanzar el sentido íntimo de la existencia en forma auténtica, sino a merced al estado de angustia que le produce la nada.

3. Planteo del Problema

Introducción

El Estrés Postraumático Según el (APA,1994) se trata de un trastorno que aparece, como respuesta tardía o diferida, cuando la persona ha padecido o ha sido testigo, de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo, o de la otra persona, en cuanto a la reacción emocional experimentada. Implica una respuesta intensa de miedo horror o indefensión (Criterio A del DSM IV).

Si bien hay variables personales, hay tres aspectos troncales que en mayor o menor medida se repiten en formas constantes (Criterios B, C y D del DSM IV):

1. **Reexperimentación** involuntaria de la experiencia traumática vivida en forma de imágenes y recuerdos constantes– Flash Backs – y de pesadillas, así como de un malestar psicológico profundo y de una hiperactividad fisiológica ante los estímulos internos y externos vinculados al suceso.
2. Los sujetos tienden a las **conductas de evitación** externas (lugar, diálogos o situaciones asociados al hecho traumático) e internas (pensar voluntariamente) con seres queridos sobre lo ocurrido.
3. **Hipervigilancia**, dificultad en la *concentración*, estado frecuente de *irritabilidad* y especialmente problemas de *conciliación del sueño*, *interferencia* significativa en el funcionamiento *social y laboral*, pérdida de *interés* por lo que anteriormente resultaba atractivo y desde el punto de vista lúdico e interpersonal y a un cierto *embotamiento afectivo*.

1. Cómo se generó la investigación.

Luego de trabajar por muchos años con los veteranos de guerra, del conflicto armado del Atlántico Sur que padecían de Estrés Postraumático, se observó una característica aún no-señalada, que se considera de suma importancia para el diagnóstico y tratamiento del trastorno: La incidencia del bajo grado de control durante la situación traumática en estos síntomas.

En términos de la evolución del concepto (DSM-III-R), en la última edición, (DSM-IV) se pone el énfasis en la reacción de la persona y no tanto en el tipo de acontecimiento traumático.

Siguiendo la línea que señala el DSM-IV, la reexperimentación y el sufrimiento asociado con el PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) vinculado con la guerra, se extiende más allá de los signos y los síntomas del desorden hacia áreas más amplias de la patología social y funcional.

Se efectuó una relación entre el suceso traumático, con el material del contenido de la reexperimentación de algunos de los síntomas observados, en los sujetos afectados por el trastorno.

Se percibió, que los síntomas que afloran, estarían relacionados significativamente con el grado de pasividad o bajo nivel de control, que el sujeto apreció sobre los estímulos peligrosos.

Si bien es importante, el grado de peligro de muerte objetivamente vivido, la reexperimentación estaría más relacionada con la vivencia (potencialidad) del peligro de muerte.

También se advirtió que, la intensidad del trauma está relacionada con la intensidad del suceso traumático (por ejemplo, heridas físicas).

2. Qué se propone.

- 1. Establecer, si existe asociación entre el grado de control percibido por los veteranos de guerra del conflicto armado en las Islas Malvinas, durante la situación traumática y algunos síntomas específicos del Trastorno.***
- 2. Establecer, si la intensidad del trauma está asociada a la intensidad de los síntomas del trastorno.***

3. Importancia de la Investigación como Aporte.

Si bien los resultados de la presente investigación son parciales y requieren mayor estudio, habría en los veteranos, una tendencia a reexperimentar aquellos sucesos en los que tuvieron escaso grado de control sobre los estímulos amenazantes.

La inclinación natural de los seres humanos es el comportamiento voluntario, el estar siempre realizando alguna respuesta voluntaria. Es decir, se forma una expectativa de que la respuesta puede ser eficaz para algún fin o motivo.

La situación de guerra, predispone al organismo a estar en un estado de intenso grado de emoción y sensibilidad a los estímulos externos e internos. Si el sujeto puede percibir que tiene un grado de control sobre el entorno, en una situación futura, recordará el hecho como un aspecto más en su vida.

En cambio si vivencia que no puede controlar el medio, y experimenta que la expectativa de que un determinado resultado sea independiente de las propias conductas reduce la motivación, se produce la emoción del miedo durante el tiempo, que el sujeto no esté seguro de la controlabilidad del resultado y, luego, la resignación.

Esto lo reexperimentará a través de síntomas que evoquen en forma directa o simbólica el suceso traumático. Se tiene que tener en cuenta la intensidad del trauma, sobre todo si el sujeto ha sido herido o ha contraído alguna afección física (por ejemplo; pie de trinchera).

4. Alcances de la Experimentación

La importancia de lo que se propone investigar, es hacerlo extensivo, no solo al campo de los veteranos de guerra, sino que también a todos los sujetos que padecen de la afección de Estrés Postraumático, independientemente de la causa que originó dicho trastorno.

La víctima, ante la expectativa de tener bajo grado de control sobre el entorno o estímulo estresante, es proclive a que lo reedite permanentemente, según el grado de impacto afectivo que le haya causado. Esto también está relacionado con la intensidad del trauma asociado.

En caso de contraer la afección, la misma se reexperimenta sobre la situación actualizada (como si el suceso estuviera ocurriendo actualmente), con la expectativa de que ese estímulo seguirá siendo incontrolable.

Durante el tratamiento se sugiere que se ejercite, por distintos procedimientos terapéuticos, al sujeto y se lo haga reexperimentar la situación traumática, pero haciéndole sentir esta vez que toma un grado de control sobre el estímulo agresivo.

Dada la situación imperante en nuestra sociedad sería importante aplicar los métodos terapéuticos que aporten experiencias de control en situaciones hipotéticas traumáticas, donde las características de bajo grado de control hubieran incidido en la experiencia traumática.

Bibliografía

1. **Aztick F. Douglas, Charles R. Marmar, Daniel Weiss, Warren S. Browner**, "Posttraumatic Stress Disorder and Functioning and Quality of Life Outcomes in a Nationally Representative Sample of Male Vietnam Veterans", *Am J. Psychiatry* 154:12, pág. **1690- 1695**, (December 1997).
2. **DSM-IV**, "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", Edición Masson, S.A, Barcelona - España, (1995).
3. **Kapland I. Harold, Sadock J. Benjamin, Grebb A. Jack**, "Sinopsis de Psiquiatría", Séptima Edición, Editorial Medica Panamericana S.A, Buenos Aires – Argentina, (1996).
4. **King W. Daniel and Linda A. King, David W. Foy, David M. Gudanowski**, "Prewar Factors in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorders: Structural Equation Modeling With a National Sample of Female and Male Vietnam Veterans", *Journal Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, N° 3, pág. **520-531**, (1996).
5. **Las Categorías Diagnósticas**, "DSM-III", "DSM-R-III", Tercera Reimpresión, Edición Masson, Barcelona – España, (1992).

MÓDULO 2

4. Las Islas Malvinas

- a) Geografía**
- b) Historia**
- c) Cronología de la Guerra**

Introducción:

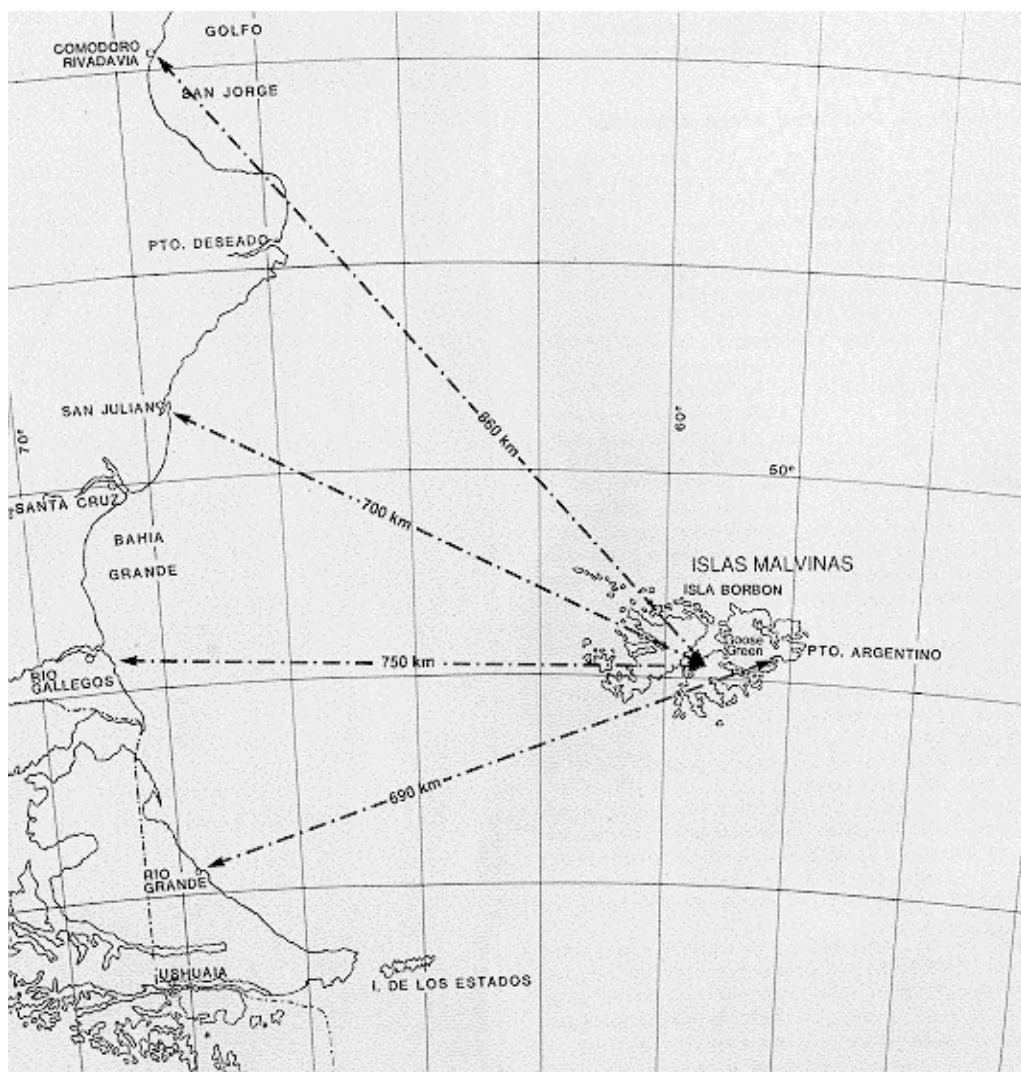
Situada en el Océano Atlántico Sur, regidas como colonia británica desde 1833. Argentina discute el descubrimiento británico y declara haber heredado de España los derechos de propiedad sobre las islas.

Las Malvinas consisten en dos grandes Islas: la Soledad separada de la Gran Malvina; al oeste por el canal de San Carlos con una superficie de 11.920 km cuadrados, las islas se encuentra a 480 km de la costa patagónica y a unos 400 km del acceso del estrecho de Magallanes. Es un área sin vegetación, rocosas, barrida por los fuertes vientos del oeste y sudeste, las precipitaciones pluviales son moderadas, la temperatura rara vez supera los 23 grados. La población esta compuesta por dos mil doscientos criadores de ovejas y empleados de gobierno aproximadamente, más de la mitad de la población vive en Puerto Stanley capital de las islas.

Los británicos declaran que las Malvinas (Falklands, según ellos) fueron divisadas primero por navegantes ingleses: John Davis en 1592 y Richard Hawkings en 1594. Los historiadores españoles y argentinos disputan sobre dicha teoría. El primer descubrimiento autenticado fue llevado a cabo por una embarcación mercante Holandesa en Enero de 1600 bautizadas con el nombre de Sebald o Sebalinas en honor al capitán del barco, los barcos mercantes franceses también llegaron y dejaron su nombre en las islas; en 1690, un capitán naval ingles desembarcó y lo bautizo en honor de Lord Falkland. Las primeras colonizaciones tuvieron lugar a mediados del siglo VIII. La expansión de la industria ballenera y las rivalidades internacionales hicieron de la isla una base estratégica para estaciones navales. En 1764 los franceses fundaron una población en Port Louis -Isla Soledad- bajo la dirección de Antoine Louis de Bougainville, en 1765 el comodoro John Byron toma posición formal de la isla en nombre de Inglaterra y funda Port Egmont, inmediatamente España hace una protesta sobre la violación de su soberanía y los franceses abandonan las islas, España manda un gobernador español dependiente del gobierno de Buenos Aires: Francisco de Paula Stander enviando fuerzas desde Buenos Aires para la expulsión francesa. Por negociaciones entre España y Gran Bretaña en 1771; los británicos vuelven a las islas por un corto periodo, en 1774 ; los españoles ocupan las islas para defender las costas patagónicas y el estrecho de Magallanes de ataques extranjeros y conservar los recursos pesqueros y balleneros.

En 1820 Buenos Aires asume el control de las Malvinas y en 1823 se designa a un gobernador. En 1828 Luis Vernet de procedencia francesa recibe amplios derechos sobre la isla Soledad y al año siguiente es designado gobernador político y militar de las islas Malvinas. Vernet no tolera la caza ilegal y en Agosto de 1831 detiene 3 embarcaciones estadounidenses de caza de focas. Lo cual provoca la llegada de un buque estadounidense comandado por Silas Duncan (Diciembre de 1831- Febrero de 1832) quién lleva acabo una incursión en las islas saqueándolas. En el ínterin Inglaterra envía al Buque "Clio" para la ocupación de las Malvinas al mismo tiempo que el capitán del buque argentino "Sarandi" establecía autoridad en Puerto Luis, los británicos obligaron al "Sarandi" a retirarse y la plaza fuerte argentina se rindió el 3 de Enero de 1833.

a) Geografía



La República Argentina reclama sus derechos: por su situación geográfica e historia y son las islas más importantes en tamaño y situación, un estratégico y céntrico lugar del mar argentino. Ocupadas por el Gobierno de Gran Bretaña desde el 3 de Enero de 1883.

Las Malvinas son un archipiélago de casi 12.000 kilómetros cuadrados (El Instituto Geográfico Militar les asignó 11.718 kilómetros cuadrados y otras fuentes calculan su superficie en 11. 980 kilómetros cuadrados).

Las Malvinas están situadas a unas 3000 millas de la costa argentina, un poco al norte de la boca del estrecho de Magallanes. Consta de dos islas principales y muchas menores.

Desde Buenos Aires a Puerto Stanley, capital inglesa de las Islas Malvinas, hay una distancia de 1.910 km. La ruta marítima tiene 1.984 km, es decir, casi 2.000 km. Desde las Islas Malvinas al Polo Sur hay casi 4.000 km y, en consecuencia, es lícito expresar que dentro de la distancia entre la Capital porteña y el Polo Sur, las islas están a una tercera parte de la primera. Río Gallegos, Capital de Santa Cruz, está sobre el mismo paralelo que pasa por Puerto Stanley y a 750 kilómetros de distancia.

El punto más cercano a ese archipiélago, sobre nuestra Patagonia, es el Cabo de San Juan de Salvamento, en la Isla d los Estados, que dista 347 km del

cabo de Belgrano (cabo Meredith para los ingleses), en la costa Suroccidental de la Gran Malvina.

Las dos islas mayores se llaman Soledad, la oriental y mayor, y Gran Malvina la restante. Están separadas por el canal de San Carlos (Falkland).

En latitud, es decir Este a Oeste, comprenden y se extienden en una distancia similar a la existente entre los balnearios de Monte Hermoso y Miramar. En longitud de norte a sur, se corresponde con una zona santacruceña que va de la ría Coig a Punta Dungeness. Por lo tanto, de este a oeste miden 259 km y de norte a sur 161 km. De un rectángulo con estas medidas, que las comprende, solo la cuarta parte es tierra y el resto agua. Ello nos da una idea de que las islas si bien agrupadas, tienen formas irregulares con profundas entradas y desprendimientos en todas las direcciones.

Las Malvinas están íntegramente situadas dentro de la plataforma submarina Argentina, es decir, que están unidas a la Patagonia por un zócalo submarino no mayor de 200 metros de profundidad. Nuestra plataforma submarina las engloba en un abrazo que las ubica como dependencia de nuestro territorio.

La descripción geológica de las islas es aún provisoria, pero ha sido estudiada por geólogos ingleses como el sabio Carlos Roberto Darwin, que fue el primero en hacerlo, desde el año 1833. También científicos suecos y argentinos se ocuparon del tema, como los doctores Agustín Eduardo Riggi y Angel V. Borello.

La geología de las Islas Malvinas está estrechamente unida a la Patagonia, pero tiene algunas características propias, como la falta de algunos terrenos antiguos. La mayoría pertenecen al Paleozoico medio y superior, Mesozoico y Cenozoico.

Las islas están marcadas con las huellas de un periodo glacial, menos riguroso que el patagónico.

En el Cabo Belgrano, se han encontrado los afloramientos más antiguos que forman parte del basamento geológico (gneis, esquistos y granito), y pertenecen a la Era Precámbrica. Están relacionados con basamentos similares de la Patagonia, en Chubut occidental y la provincia de Santa Cruz., No se han encontrado afloramientos del Paleozoico inferior (Cámbrico y Silúrico), pero si abundantes sedimentos del Paleozoico medio y superior. El periodo Devónico está representado extensamente y se relaciona con los de la sierra de la Ventana y algunas zonas de la precordillera en San Juan y Mendoza, también está muy extendido por la Gran Malvina.

La península Lafonia, en la isla Soledad, muestra afloramientos de Mesozoico y lo mismo ocurre con partes del estrecho de San Carlos. Al sur de las alturas Wickham hay terrenos no paleozoicos del Triásico del Mesozoico, que están relacionados con las sierras pampeanas y el sistema de Potrerillos de la precordillera de San Juan y Mendoza.

En resumen: sobre el duro basamento precámbrico aparece una poderosa cobertura de sedimentos que van del Devónico al Pérmico, faltando el Cámbrico y el Silúrico. Tampoco hay del Jurásico al Terciario, siendo los cuaternarios de poca significación.

En el Mesozoico terciario se produjo un movimiento tectónico en toda la zona que une a Patagonia con Malvinas, conformando a éstas en el extremo de un arco denominado Patagónides por algunos geólogos. Movimientos posteriores fracturaron el arco Patagónides, parte del cual se había sumergido en el Atlántico Sur. Las Islas Malvinas formaron el extremo sureste de dicho arco unido a la Patagonia.

Los “ríos de piedra” de las Malvinas, son un fenómeno peculiar de las islas. Son verdaderas acumulaciones de bloques de piedra de distinto tamaño que, según Borello, oscilan en sus medidas desde medio a dos o tres metros. Los bloques están acumulados en vaguadas o valles longitudinales, cauces de antiguos ríos, con un ancho de acumulación de un kilómetro y medio como máximo.

El geólogo sueco Anderson brindó la explicación más comúnmente aceptada: lo que llama “proceso de soliflucción”. Según él, los bloques se corrieron de los valles en el clima “subglacial” del Cuaternario (el glacial de las Malvinas fue más atemperado y suave que en la Patagonia y por eso se designaría como subglacial). En el Pleistoceno postglacial la nieve se acumulaba en invierno y se derretía en verano.

Esto producía debajo de los bloques masas fangosas o semiflácidas, por las cuales y con los cuales los bloques de piedra se trasladaban hacia terrenos inferiores.

La superficie aproximada de las principales islas es la siguiente (en kilómetros cuadrados):

- Isla Soledad.....6.350.
- Isla Gran Malvina.....4.500.

- Isla San José.....270.
- Isla Trinidad.....120.
- Isla Borbón.....100.
- Isla Bougainville.....60.
- Isla Aguila.....55.
- Isla San Rafael.....50.

De las restantes nueve islas poseen superficies entre 20 y 45 kilómetros cuadrados, otras tres entre 7 y 18 kilómetros cuadrados. El resto de las islas pequeñas, rocas e islotes, suman 80 kilómetros cuadrados.

En la gran Malvina existen pequeñas agrupaciones montañosas y una de ellas tiene el cerro elevado de las Isla: Independencia de 700 m. de altura.

Las Islas Malvinas no tienen árboles propios y aún los traídos del exterior crecen con dificultad y deben ser protegidos.

La fauna es mucho más rica que la flora. Esta fauna ha sufrido una gran disminución por diversos factores y uno de ellos ha sido la introducción de ovejas que consume gran cantidad de pasto.

Vemos que la flora y la fauna malvinense está unida a la de Tierra de Fuego y a la de la cordillera Patagónica austral, todo esto señala un eslabón más de la cadena que une las Islas Malvinas y la Argentina Continental.

Bibliografía:

1. **Barbadori Atilio Anibal**, "Rumbo a la Antartida viajes del Vicente Fidel López y del Pampa", 138° Título de las Ediciones del Instituto de Publicaciones navales, (1999).
2. **Destefani H. Laurio**, "Malvinas, Georgias y Sándwich del Sur ante el conflicto con Gran Bretaña", Edipress S.A. Buenos Aires –Argentina (1981).
3. **"Dyela"**, Enciclopedia Autodidáctica, Lexus Editores, Tomo IV, **Edición** 1997/1998.
4. **"Diccionario Básico Espasa"**, Espasa-Calpe, S.A., Tercera edición, Tomo 7-12-14, Madrid, (1984).
5. **Errecaborde José Alberto**, "Desembarco Separata N° 14: La agrupación de Infantería de Marina Malvinas", Gesta Malvinas 1982, Año XXXIX, N° 155, Agosto 1995.
6. **Historia marítima Argentina**, Editado por el Departamento de Estudios Históricos Navales, Primera Edición, (Marzo de 1986). Tomo I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, Buenos Aires, (1985).
7. **Iones S. Wright, Lisa M. Nekhom**, "Diccionario Histórico Argentino", Emece editores, S.A, pág. **455-458**, (1990).
8. **López Vicente Fidel**, "Historia de la República Argentina", Editorial Sopena Argentina S. A., Primera Edición (Septiembre de 1938), Segunda Edición (Abril de 1944), Tercera Edición (Abril de 1949), Cuarta Edición (Septiembre de 1954), Quinta Edición (Septiembre de 1957), Sexta Edición (Enero de 1960), Tomo I, Tomo II, Tomo III, Tomo IV, Tomo V, Buenos Aires.
9. **Moroni Marcelo, Néstor Nogar, Ricardo Bravo, Gustavo Andrés Gonzáles**, Miguel Casielles, Luis Andrade, Elisa Wilbergear, Carlos Iglesias, Rubén Bernardo Ramírez, Alejandro Iriarte, José Bernardo Orsi, Juan Ladereche, Nazareno Natale, Malvinas, Edición Gratuita, Riveralde 2002.
10. **Oyarzábal Guillermo Andrés**, Argentina hacía el Sur: La Utopía del Primer Puerto Militar (1895 – 1902), 152° Título de las Ediciones del Instituto de Publicaciones Navales, Primera edición, Buenos Aires – Argentina, 2002.

Páginas de Internet :

1. **www.malvinasonline.com.ar**

2. www.BBCmundo.com
3. www.interhabit.com
4. www.clarin.com
5. www.lanación.com.ar
6. www.elmundoes.com
7. www.rionegro.com.ar

b) Historia

Las teorías y estudios sobre los posibles descubridores de las islas abarcan un siglo, el XVI, y comprenden a los siguientes navegantes y expediciones:

1. Américo Vespucio, en su controvertido viaje de 1501 /1502 con una expedición portuguesa.
2. El navegante francés Binot Palmier de Gonneville, en su viaje de 1503/1504.
3. La expedición de Magallanes en 1520.
4. Esteban Gómez, piloto portugués desertor de la expedición de Magallanes, en 1520.
5. El capitán Pedro de Vera con su nave “Anunciada” de expedición de Fray García Jofre de Loayza en 1526.
6. La nave “ San Pedro “ de la expedición de Alcazaba en los primeros días de Enero de 1536.
7. La nave “ Incógnito” de la expedición del Obispo de Placencia, llamada también, de Alonso de Camargo y que mando en realidad Fray Francisco de la Rivera en 1540.
8. El capitán inglés John Davis al mando de la nave “ Desire” en 1592.
9. El capitán inglés Richard Hawkins en 1594.
10. El holandés Sebald de Weert al mando de la “ Geloof ” (la fé), el 24 de Enero de 1600. Aceptado generalmente sin discusiones, ya sea como descubridor o redescubridor.

El descubrimiento de Malvinas es un tema histórico difícil que requiere un conocimiento especializado de varias disciplinas y materias especializadas de la historia marítima.

Debemos conocer en primer término toda la bibliografía y documentos existentes sobre el tema del descubrimiento, el teatro geográfico, en sus aspectos físicos, meteorológico, corrientes marinas, hielos, temperaturas, visibilidad, nieblas, neblinas, lluvias, flora y fauna marítimas y terrestre. También los conocimientos navales y las naves de la época, además de los instrumentos de calcular la posición y su exactitud en tierra o en el mar.

Las naos y carabelas en caso de temporal trataban de “capear” arriando velas y tratando de no perder mucho camino. El cálculo de la longitud por diferencia de tiempo con el meridiano de origen, era erróneo, pues el tiempo se conservaba imperfectamente en las ampollitas de arena. Se podían cometer errores de varios grados de longitud que representaban distancias de hasta 100 o 200 millas. Las distancias navegadas también se estimaban gruesos errores de un 10 a un 30 por ciento, producidos además de los errores humanos, por las corrientes y los vientos.

De la lista mencionada podemos descartar como muy improbables o directamente descartables: Binot Palmier de Gonneville, el capitán Pedro de Vera con su nave “Anunciada”, de la expedición de Fray García de Loayza de 1526; la nave “San Pedro” de la expedición Alcazaba en 1535.

Periodo de 1600 a 1764

Las islas fueron vistas y visitadas por marinos holandeses, ingleses y franceses.

En 1616, el 18 de Enero, divisó las Malvinas la expedición holandesa de Schouten y Le Maire.

El 8 de Enero de 1683 una nave inglesa al mando del filibustero John Cook con el corsarista explorador y naturalista William Dampier que dio una buena situación de las islas.

El capitán John Strong con la nave “Welfare” zarpó de Plymouth en viaje comercial el 11 de noviembre de 1689 y avistó las Malvinas el 27 de enero de 1690, descubriendo el canal que separa las dos islas mayores. Lo llamó Falkland, posiblemente en honor del conde Falkland (1659-1694), que era Comisionado de Almirantazgo inglés por ese entonces. Designó a las islas el nombre de Tierra de Hawkins.

A partir de 1698 los franceses de Saint-Maló inician un segundo periodo de avistajes y descubrimientos en las Malvinas, que van a tomar su nombre de los célebres marinos del puerto bretón, sobre el canal de la Mancha. Las islas se llamaron “Iles Malouines” y de allí derivó el nombre de **Maluinas** y posteriormente **Malvinas**.

Los marinos Malouinos llevaron a cabo un centenar de viajes a nuestros mares australes, en su mayoría la pacífico donde comerciaban, más de una docena de ellos avistó a las Malvinas e incluso desembarcaron.

Citaremos en 1701 a Beauchesne-Goin quien descubre la isla de su nombre en 1705 a los capitanes Coudray Pereé, Fouquet y Eron; en 1706 la nave “Maurepas” (Capitán de la Verunnel) y el “Louis”(Capitán De la Marre de Caen).

Alain Pereé con el navío “Nuestra Señora de la Asunción” recorrió la costa septentrional de las islas en 1708 y varios más también lo hicieron.

El corsarista inglés Woodes Rogers avistó las islas en 1708, con sus naves “Duke” y “Dutchess”.

El Ingeniero francés Amadeo Francisco Frezier, recopiló los viajes de los malouinos y los publicó en París en 1732 con una carta donde las islas se llamaban Nouvelles.

Desde 1712 a 1764, consolidada la dinastía borbónica con Felipe V y Fernando VI, las islas no son más visitadas por los franceses pero sí por el Almirante holandés Jacobo Roggeween en 1721, con tres naves.

No se registran visitas hasta 1764 que comienza la colonización de las islas.

Las Malvinas bajo dominio español

Los primeros en intentar colonizar las Malvinas fueron los franceses empeñados en resurgir luego de la desastrosa paz de París de 1763.

Luis Antonio de Bougainville, nacido en París en 1729, diplomático y marino destacado, logró convencer al Duque de Choiseul, Ministro de Guerra y Marina de Luis XV para realizar la colonización de las Malvinas.

La expedición de Bougainville zarpó de Saint-Malo el 8 de septiembre de 1763 con la Fragata "L'Aigle" y la corbeta "Le Sphinx" y luego de tocar Montevideo, donde dejaron entrever que su destino era la India, zarpó para Malvinas, donde arribaron el 31 de enero.

El 2 de febrero de 1764, la expedición Bougainville entró en una amplia bahía, al noreste de la Malvina Oriental. Los franceses la llamaron Bahía Francesa o del Este (los españoles la llamarían de la Asunción y los ingleses Berkeley Sound).

En los primeros días de Marzo de 1764, los franceses construyeron un fuerte y luego una serie de edificios que constituyeron una población denominada Saint Louis. La inauguraron el 5 de Abril.

Inglaterra decida a intervenir las islas envió una expedición para establecer una o más colonias. La misma al mando de Comodoro John Byron visitó las Malvinas y el 15 de Enero de 1765 penetró en un amplio puerto formado por 3 islas (Trinidad, Vigía y parte noreste de la Gran Malvina) y lo llamó Egmont en honor la Primer Lord del Amirantazgo y Segundo Conde de Egmont.

Poco estuvieron los ingleses que desembarcaron, izaron su bandera y tomaron posesión de las islas vecinas bajo el nombre "Falkland Islands" para el Rey Jorge III, de Inglaterra. Poco después Byron dejó las islas. Hacía ya un año que los franceses habitaban Puerto Luis y los Ingleses no lo sabían. Al año siguiente el capitán de Navío John Macbride con 3 naves llegó a Puerto Egmont el 8 de Enero de 1766 y estableció un puerto al que llamó George.

Cuando España supo que los franceses ocupaban las Malvinas hizo un reclamo al Rey Luis XV. Hubieron largas negociaciones y Francia reconoció el derecho de los españoles entregándolas previa una indemnización de lo gastado como particular por Bougainville.

Los ingleses tomaron conocimiento del establecimiento francés, al que visitaron, pero se retiraron dando una declaración en donde afirmaban que las islas pertenecían a Inglaterra.

España, ya de acuerdo con Bougainville, resolvió abonarle 616.108 libras tornesas, 18 sueldos y 11 dineros. De esa cantidad 200.000 libras tornesas se abonarían en Buenos Aires. Se mandó como gobernador de las Islas Malvinas al capitán de Fragata de la Real Armada D. Felipe Ruiz Puente, con dependencia del gobernador y capitán del General de Buenos Aires.

El gobernador hispano viajaría con las fragatas "Liebre" y "Esmeralda" y sería acompañado desde Montevideo por la Fragata "La Boudeuse" con Bougainville.

El 2 de Abril de 1767, el capitán de Navío Felipe Ruiz Puente tomaba posesión solo de la colonia francesa de Puerto Luis.

Un año después se llamó Puerto de Nuestra Señora de la Soledad, al ser entronizada una imagen de la virgen María con esa advocación.

A partir de la instalación española, todos los años se realizaba en los meses de verano el aprovisionamiento de la colonia. Se lo efectuaba desde Montevideo con una o dos fragatas de guerra al principio y luego con corbetas y aún con bergantines, acompañados de una o varias embarcaciones de carga y transporte de animales, víveres, pertrechos, etc.

El 28 de noviembre de 1769, se produjo en el estrecho de San Carlos el encuentro de una nave española salida en exploración de Puerto Soledad, con otra inglesa procedente de Puerto Egmont. A partir de entonces los españoles tuvieron la certeza de la presencia inglesa en las islas aunque no sabían donde.

Siguiendo órdenes de España, el gobernador de Buenos Aires Francisco Bucarelli y Uruzúa daba órdenes terminantes al capitán de Navío Juan Ignacio Madariaga, el 26 de Marzo de 1770, para que encontrara y expulsaran a los ingleses de las islas.

Primero se envió de exploración a una fragata al mando de Capitán de Fragata Fernando Rubacalva, el cual encontró la población inglesa y el puerto Egmont y regresó informando que solo una nave inglesa se encontraba en ese puerto.

El 11 de Mayo de 1770 Madariaga salió con su Fuerza Naval compuesta de 4 fragatas: "la industria" de 28 cañones de "a 12"; "Santa Bárbara" con 26 cañones de "a 28"; "Santa Catalina" que montaba 26 cañones de "a 12"; y "Santa Rosa" con 20 cañones de "a 6". Acompañaban a esta división el Chanbequín "Andaluz" con 40 cañones y el bergantín "San Rafael". El gran total comprendían 1400 hombres de tropa embarcada i marinería y la artillería era de 140 cañones, incluida una batería de desembarco.

El 3 de Junio de 1770 Madariaga fondeó en Puerto Egmont y después de intercambiar mensajes de protestas con los ingleses durante varios días, resolvió proceder.

El 10 de Junio de 1770 fue el señalado para el ataque mientras los ingleses se aprestaban a la defensa. Diez horas después se da la señal de ataque y abrir fuego sobre la "Favorita", la fragata inglesa que se hallaba en ese lugar. Las lanchas desembarcaron en tierra y luego algunos cañonazos fueron intercambiado entre los contrincantes. Los ingleses lo hicieron para salvar el honor y luego izaron bandera blanca, no hubo bajas.

Cuando llegó la noticia de la toma a Inglaterra, se hizo una cuestión de honor de la devolución del establecimiento y recibir completas satisfacciones.

Francia no quería la guerra y España tampoco y menos sin el apoyo francés. Finalmente Luis XV pidió a Carlos III que haga un sacrificio para evitar el

conflicto. Abandonado por Francia el Rey de España hizo un acuerdo con Inglaterra y a cambio de una llamada “promesa secreta” de que estando a salvo su honor, Inglaterra evacuaría las Malvinas; resolvió ceder y devolver Puerto Egmont.

En una declaración firmada el 22 de Enero de 1771 entre Inglaterra y España, se estableció que su majestad Católica se comprometía “a dar ordenes inmediatas, a fin de que las cosas sean reestablecidas en la Gran Malvina en el Puerto denominado Egmont exactamente al mismo estado en que se encontraba antes del 10 de Junio de 1770”.

“El príncipe de Masserano declara al mismo tiempo, en nombre del Rey su señor, que el compromiso de su Majestad Católica de restituir a su Majestad Británica la posición del puerto y el fuerte denominado Egmont, no puede ni debe afectar la cuestión del derecho previo de soberanía sobre las islas Malvinas, denominadas Falkland. En prueba de ello, yo, el infrascripto, Embajador Extraordinario, he firmado la presente”. Inglaterra había triunfado, Puerto Egmont fue devuelto el 16 de Septiembre de 1771.

El Príncipe de Masserano, embajador español en Londres, comenzó poco después a pedir la prometida evacuación inglesa, pero tardaba en producirse.

Durante 6 años gobernó Felipe Ruiz Punte en ese alejado destino y el 23 de Enero de 1773 entregó ese cargo a su relevo, el capitán de infantería Domingo de Chaurí.

Después de muchos reclamos los ingleses decidieron evacuar. Fue el cumplimiento de la promesa secreta o la situación internacional y la latente insurrección de su gran colonia Americana?.

El 20 o 22 de Mayo de 1774 los ingleses evacuaron Puerto Egmont, pero dejaron una placa en la que decía en ingles: “Sepan todas las naciones, que las Islas Falklands, con su puerto, los almacenes, desembarcaderos, puertos naturales, bahías y caletas a ellas pertenecientes, son de exclusivo derecho y propiedad de su más sagrada Majestad Jorge III, Rey de Gran Bretaña. En testimonio de lo cual, es colocada esta placa y los colores de su Majestad Británica dejados flameando como signo de posesión por S.W. Clayton Oficial Comandante de las Islas Flalklands, A.D. 1774”.

A partir de entonces desapareció esa quita de soberanía que significaba Puerto Egmont. Los ingleses no volverían sino varias décadas después, invocando derechos que en su momento tuvieron y que habían adquirido por una ocupación momentánea.

La bandera española en Puerto Soledad era la única expresión de soberanía en la isla. Las islas eran de España. Esta nación ocupó las Malvinas el 2 de Abril de 1767 y desde 1774, con la evacuación inglesa, quedó como dueña hasta el 13 de Febrero de 1811. Durante este periodo el mundo tuvo muchos cambios políticos y militares y de ella surgió más poderosa que nunca Gran Bretaña.

Al producirse la guerra que terminó con la independencia de Estados Unidos de Norte América, Francia y España actuaron como aliados de los americanos y en esta guerra sufrió un traspie Inglaterra, sin embargo se recuperaría totalmente y más firme en la batalla naval de Trafagal, librada el 21 de Octubre de 1805.

En 1788 murió Carlos III y fue reemplazado por Carlos IV que no estaba en condiciones de gobernar donde la revolución Francesa y la hispano americana causarían gran daño a España.

Desde 1767 hasta 1811, España dominó en las Malvinas, donde actuaron 20 gobernadores. Todos fueron marinos menos Domingo Chauri que pertenecía al Ejército.

El 5 de Enero de 1774 tomó el mando en las Malvinas un nuevo gobernador el Capitán de Fragata Francisco Gil y Lemos, marino que realizó navegaciones en mares patagónicos y malvineros. Los gobernadores dependían del Gobernador de Buenos Aires o del Virrey del Río de La Plata.

En el Puerto de Montevideo se preparaba anualmente una expedición compuesta por una o más naves para hacer relevos y reaprovisionamiento, estos viajes duraban 20 a 35 días o más debido a los temporales. Con la creación del Virreinato del Río de La Plata se fortificó toda la región del Sur de América en peligro de las ambiciones portuguesas e inglesas.

El 9 de agosto de 1776 se creó el Apostadero de Montevideo y allí debía haber una Fragata de guerra preparando para relevar a otra unidad similar que cumplía permanencia en Malvinas. A medida que pasaba el tiempo y se acentuaba una segunda decadencia naval hispana, las fragatas fueron reemplazadas por corbetas y más tarde, éstas por bergantines y aún sumacas.

Los gobernadores de las islas inspeccionaban anualmente Puerto Egmont, para verificar que los ingleses no se establecieran nuevamente en el lugar, pero siempre se encontraban en las islas y bahías loberos y balleneros ingleses y norte americanos, empeñados en la depredación de la fauna en costas y puertos malvineros.

La isla fue un presidio español, había muchos presos. En el periodo del gobernador Altolaquirre (1781-1783) los presidiarios eran más de 40, muchos de ellos eran criollos del campo y realizaban las faenas que se efectuaban con el ganado vacuno y caballar.

El capitán Gil y Lemos prosiguió su carrera en España alcanzando el Grado de Teniente General de la Marina y fue Virrey del Perú. En 1805 fue nombrado Secretario de Estado Interino de Marina y ascendido a Capitán General (Almirante), siendo confirmado como Ministro en 1806, falleció en 1809.

El Puerto Egmont seguía siendo inspeccionado y se realizó un Censo de ganado habiendo un total de 395 cabezas de ganado vacuno que pastaban en corrales o en las cercanías de Puerto Soledad.

Al Teniente de Navío D. Ramón Carassa que siguió a Gil y Lemos lo relevó el 22 de Noviembre de 1779 el de igual grado D. Salvador Medina. En 1780 se creó el Malvinas el presidio. La plana mayor, la tropa, la marinería y los presidiarios constituían la dotación de Malvinas. Naves de abastecimiento, bergantines o fragatas mercantes venían anualmente en el verano con relevo y pertrechos.

Los gobernadores de Malvinas eran distinguidos oficiales que luego seguían en años posteriores brillantes carreras. Si bien costaba un precio alto al Virreinato mantener Puerto Soledad, lo cierto es que afianzaba la soberanía española Insular.

La población había sido evacuada, no existían familias francesas ni personal civil. En la biblioteca había 17 libros de los padres franciscanos “predicables y morales”, el ganado crecía semi-libre o en corrales. La nave de estación ayudaba a llevar mejor vida a los soldados, profesionales y presidiarios de Puerto Soledad.

El Teniente de la Fragata Jacinto Altolaquirre fue el primer gobernador de origen criollo que tuvo a su cargo Las Islas Malvinas, nacido en Buenos Aires el 15 de Junio de 1754 hijo de Martín Altolaquirre, español y de María Josefa Pando, porteña.

La Argentina en sus Islas Malvinas (1811-1833)

Nuestro país heredó de España todos los derechos sobre el territorio patrio, del cual formaban parte las islas Malvinas.

Desde 1811 a 1820 las islas permanecieron sin ser ocupadas; luego el 6 de Noviembre de 1820, se izó el pabellón nacional y hasta 1824 se sucedieron 3 militares comandantes argentinos, mientras el gobierno daba concesiones a Ángel Pacheco y en 1829 nombró a Vernet como primer Gobernador Político y Militar de las Malvinas.

Después de recibir una fragata del estado estadounidense “Lexington”, se volvió a nombrar otro gobernador, el mayor Mestivier, quien fue asesinado por sus hombres.

Quedó entonces a cargo de las islas el Teniente Coronel de Marina D. José María Pinedo con la Goleta “Sarandí”. Finalmente sobrevino el ataque inglés que terminó con la ocupación de nuestras Islas, el 3 de Enero de 1833.

Esta síntesis de los acontecimientos muestran que mientras fuimos herederos u ocupantes efectivos de las Islas, ejercimos nuestra soberanía sin claudicaciones y solo abandonamos las islas por el uso de la fuerza.

Cuando los españoles evacuaron Malvinas, dejando a salvo los derechos de Fernando VII, los argentinos ya habían iniciado el camino de la independencia. Un incidente administrativo puso a la Junta de Mayo en conocimiento de un problema a resolver de las Islas Malvinas, porque su jurisdicción les correspondía. En efecto el Dr. Ernesto J. Fitte, ha descubierto la existencia de un trámite administrativo, iniciada por Don Gerardo Bordas, al regreso de su gobernación en Malvinas, pidiendo les pagasen los sueldos y las gratificaciones que correspondía a sus funciones, equiparadas a las de un buque en navegación.

El jefe del Apostadero de Montevideo no tenía la orden del Virrey que justificaba la petición de Bordas, en cuanto a las gratificaciones de un comandante de Nave de Guerra y lo pasó al Virrey Cisneros con fecha 9 de Marzo de 1810, para que el funcionario resolviera sobre si los funcionarios del Real Ministerio de Hacienda debían pagar o no lo requerido. El Virrey Cisneros contestó el 20 de Marzo pero la respuesta se dilató en trámites burocráticos, por lo que Salazar, desde Montevideo, volvió a repetir sus demandas el 20 de Mayo pero el tratamiento del pedido debió resolverlo la Nueva Junta de Gobierno, presidida por el Dr. Cornelio Saavedra.

Así se hizo y con la firma del presidente de la Junta Revolucionaria y de su secretario Juan José Paso se contesto:

“En orden del 13 de Diciembre dije a Vuestra Merced lo que sigue: con esta fecha paso al señor comandante de Marina de este Apostadero el oficio que sigue: Habiendo notado que después de haberse resuelto en Junta Superior de Real Hacienda, que era los gastos y pagamentos se considere en adelante el establecimiento de Malvinas como un buque navegando y todos los empleados de destino como dependientes del mismos buque.....que en adelante se satisfagan por el Ministro de Marina de este Apostadero todos los sueldos, gratificaciones y jornales y demás gastos que ocuparan en dicho establecimiento o pertenezcan a él, sea de la clase que fueran.....” y seguía manifestando que lo informaba a los funcionarios correspondientes de la Real Hacienda y Teniente General del Ejército y finalmente ordenaba que copia de esa resolución se pasará al Señor Comandante de Marina”.

Terminaba así: “ Dios guarde a Vuestra Merced muchos años. Buenos Aires 30 de Mayo de 1810. Cornelio Saavedra, Juan José Paso. Secretario. A los señores Ministros Generales de la Real Hacienda.

De esta forma el primer gobierno argentino continuaba en el uso de la soberanía sobre las Islas.

La guerra de la Independencia y los problemas derivados de luchas interiores impidieron hacer efectiva la ocupación de las Islas, que permanecieron sin autoridades hasta fines de 1820.

Durante ese prolongado periodo de tiempo los únicos visitantes fueron loberos y balleneros ingleses y norteamericanos, que visitaban las costas para cazar

lobos de dos pelos, hacer aguada o matar ganado vacuno que crecía libre en las islas.

En 1820 fue nombrado Comandante de la Fragata Corsaria "Heroína" y con ella partió en una desventurada campaña corsaria, signada por el motín y el escorbuto. Finalmente el comandante corsario puso proa a las Malvinas para izar ahí el pabellón, según órdenes recibidas del gobierno. Para entonces la "heroína" fue considerada, "buque de estado", es decir navío regular y no corsario.

A fines de Octubre con grandes bajas debido al escorbuto, la fragata entró en la Bahía Anunciación de la Isla Soledad y fondeó frente a las ruinas de la ex capital española. Cincuenta cazadores de lobos marinos se hallaban con sus naves en los alrededores.

El 6 de Noviembre de 1820, el coronel de Marina David Jewet, comandante de la fragata "heroína", izó el pabellón celeste y blanco en las ruinas de Puerto Soledad (ex Puerto Luis).

La toma de posesión de Jewet fue conocida en el exterior y la noticia fue publicada en el "Redactor" de Cádiz, en el mes de Agosto de 1821, de informes que había obtenido en Gibraltar. También la "Gaceta de Salem" informó del hecho a mediados de 1821. De modo que todo el mundo ya sea por los periódicos o por la información de los loberos estaba enterado de la toma de posesión. Ni entonces ni en varios años Inglaterra protestó o dejó a salvo sus supuestos derechos.

Nuevas medidas del gobierno, en ejercicio de la soberanía sobre las islas, se llevaron prontamente a cabo. Entran entonces a nuestra historia 2 importantes personajes: Jorge Pacheco, nacido en Buenos Aires el 25 de Abril de 1761 y a los 20 años de edad se inició en la carrera militar con el grado de Alférez del Cuerpo de Caballería de Blandengues de Buenos Aires. Los Blandengues cuidaban las fronteras con los indios y Pacheco sufrió las vicisitudes de estos cuerpos sacrificados, siempre pocos y mal armados que protegían la civilización de los Malones. El 8 de enero de 1799, ya Don Jorge Pacheco era Capitán de Blandengues de Montevideo y allí realizó 3 campañas contra los indios charrúas. En 1810 apoyó con todo entusiasmo a la Revolución de Mayo y fue capitán de Milicias.

Luis Vernet, nacido en Hamburgo el 6 de Marzo de 1791, pero de ascendencia francesa, fue enviado por su padre a Estados Unidos a los 14 años, entró a prestar servicios comerciales en una casa alemana, donde se distinguió por su natural inteligencia y capacidad para el comercio. Después de viajar a Europa vino a Buenos Aires en 1817, donde empezó sus actividades comerciales, aunque con éxito variable, dedicándose entonces a comisionista, para lo que aprovechaba sus relaciones europeas. El 17 de Agosto de 1819 Luis Vernet contrajo enlace en Buenos Aires con Doña María Sáez, nacida en la banda Oriental e hija del Coronel Francisco Sáez y Doña Josefa Pérez, ambos también orientales. La ceremonia se realizó con rito católico, apostólico romano, pues está registrado en el archivo de la iglesia de la Merced.

Después de que la “Heroína” dejó las islas Malvinas, el gobierno en años sucesivos siguió ejerciendo su soberanía.

En 1823 se concedió a Jorge Pacheco con fecha 23 de Agosto, una concesión para aprovechar el ganado vacuno y los lobos marinos de la isla Soledad. Pacheco tenía como socio a Luis Vernet.

En 1824 fracasó un intento de colonización hecha por Pacheco y Vernet y de Enero a Abril el gobierno nombró a su tercer Comandante Militar, que fue Pablo Areguati, capitán de Milicias entrerrianas, el cuál había sido alcalde de Mandisoví por disposición de Belgrano en 1811.

Vernet se ocupó personalmente de colonizar las islas y con su temperamento enérgico, llevó caballos y lanares y rehabilitó algunos edificios en ruinas de Puerto Soledad.

El 5 de Enero de 1828 por decretos afirmados por Dorrego y Balcarce, el gobierno perfeccionó las concesiones de Pacheco y otorgó el resto de la Isla Soledad y la de los estados a Vernet, reservándose 10 leguas en ambas.

Vernet realizó una acción colonizadora de primer orden y al mismo tiempo realizaba una tarea científica para el conocimiento de las islas.

Los estudios e informes de Vernet incluían noticias sobre los indígenas, posibles lugares de colonización y producciones, etc. Era el pionero que se interesaba en la explotación de la Patagonia, especialmente en la Isla de los Estados. Lamentablemente los gobiernos y los argentinos se encontraban muy ocupados en guerras civiles, donde se destruían mutuamente.

El gobierno argentino, representado por el de Buenos Aires que se encargaba de asuntos patagónicos y de las islas, como lo habían hecho antes de la independencia, no podía ser ajeno a la acción colonizadora de Vernet, que al mismo tiempo que activaba zonas comerciales nunca utilizadas, confirmaba la soberanía argentina en esas territorios. En consecuencia decidió perfeccionar los títulos de Vernet sobre las isla, nombrándolo Primer Comandante Político y Militar. Ya sabemos que de hecho Jewet y Mason habían sido comandantes Militares de las islas. Vernet era el cuarto funcionario argentino que se designaría en las Islas Malvinas, pero con un título más completo que reunía las atribuciones civiles y militares.

Desde que Jewert enarboló nuestro pabellón en las islas, el 6 de Noviembre de 1820, guardó silencio. Lo siguió guardando en 1825 cuando se firmó el Tratado de “Amistad, Comercio y Navegación” entre ambas naciones, pero el 19 de Noviembre de 1829 el representante inglés Woodbine Parish protestó ante nuestro gobierno por el Decreto de Creación de la Comandancia Político militar de Malvinas.

El 8 de Agosto de 1829 el Foreign Office había enviado una nota a Parish en la que le explicaba que los actos de posesión del Gobierno de Buenos Aires afectaban la validez de los derechos de soberanía inglesa sobre las islas, las cuales resultaban de importancia creciente como punto de apoyo para el

comercio, donde se establecían los buques y lugar de carenado de las naves de guerra inglesas en el “Hemisferio Occidental”. NO se le informaba si el Gobierno Ingles tomaría las Islas y si esto era apropiado, siendo una “Cuestión delicada” y ligada a importantes cuestiones.

Al tenerse conocimiento del Decreto del 10 de Junio de 1829, del Gobierno Argentino, se le ordeno a Parish reclamar por las “pretendidas avanzadas” de nuestro Gobierno.

Como dice ajustadamente José Arce, Inglaterra olvidaba:

- 1) Que se había desentendido de las Islas desde 1774 (cincuenta y cinco años antes).
- 2) Sabía que España ocupaba Puerto Soledad en Malvina Oriental, desde la evacuación de Bougainville (1767).
- 3) Había aceptado la declaración del Príncipe Masserano, Embajador de España en 1771, reconociendo la soberanía (creemos mejor dejando salvo) “la soberanía de esta última Nación sobre las Islas Malvinas”.
- 4) Había desalojado Puerto Egmont en 1774.
- 5) Sabía que el gobierno de Buenos Aires había sucedido a España en el dominio de las Islas a contar de 1810, año en que estalló la revolución emancipadora.
- 6) Conocía la declaración de Independencia de las provincias Unidas del Plata (1816).
- 7) Había reconocido su independencia y firmado con las referidas provincias un trato de amistad y comercio (Febrero de 1825).
- 8) No ignoraba que desde 1820 tres comandantes militares y un gobernador representaban en las Malvinas al Gobierno de Buenos Aires.

Nosotros agregamos que en 1749 había reconocido la soberanía Española que luego no respetó en 1765/66 y que en 1790 por el tratado de Nootka Sound, había reconocido todas las posesiones españolas, incluidas las Malvinas.

La colonia se desenvolvía feliz y progresista, los colonos algo preocupados al principio, se habían acomodado y acostumbrado a esta vida ruda y tranquila. Todo se desarrollaba normalmente para el país y el gobernador, cuando la intervención extranjera desató la ruina y la desolación.

El control de la depredación y la destrucción de la riqueza lobera fue la causa que desató los acontecimientos de fines de 1831.

El Comandante de Malvinas recibía continuos informes sobre las acciones depredadoras de los loberos y había solicitado al gobierno un buque de guerra, aunque fuera chico y estuviera armado de un solo cañón. Era casi imposible detener a las docenas de loberos que pululaban en las islas, puertos y caletas del laberinto malvinero. No obstante Vernet resolvió tomar medidas en defensa de sus derechos de exclusividad en la pesca, derechos que se confundían con los de la Nación que se los había delegado.

No podían alegar desconocimientos los loberos, pues Vernet les hacía llegar, no bien se arrimaban a las islas, un circular donde les informaba”a todos los Capitanes de los buques ocupados en la pesquería en cualquier parte de la costa perteneciente a su jurisdicción les ha de inducir a desistir, pues la resistencia los expondrá a ser presa legal de cualquier buque de guerra perteneciente a la República de Buenos Aires; o de cualquier otro buque que en concepto de infrascripto se preste para armar, haciendo uso de su autoridad para ejecutar las leyes de la República. El suscripto también previene contra la práctica de matar ganado en la isla del Este., etc.”.

Entregada esta circular a toda nave arribada a Malvinas y habiendo comprobado que tres de ellas, avisadas en diversas oportunidades, a las cuales además del circular se les había prevenido que SE LAS DETENDRÍA., Vernet resolvió actuar. Las 3 naves loberas pertenecían a la bandera de los Estados Unidos y frecuentaban las islas desde hacía varios meses.

Finalmente Vernet detuvo a las 3 naves que eran la “Harriet”, Capitán Gilberto Davidson; la “Brukwater”, Capitán Daniel Careu y la “Superior” al mando de Esteban Congar.

Luego Vernet embarcó con su familia y se dirigió a Buenos Aires para defender su proceder.

Jorge W. Slacum, Cónsul de los Estados Unidos, el cual había sustituido al señor Juan M. Forbes, recientemente fallecido, no era el diplomático más adecuado para llevar a cabo la negociación. Por el contrario, era un “individuo carente en absoluto de experiencia diplomática y tan falto de tacto como de buen juicio”. Tomo este último del historiador norteamericano Julius Goebel (h). El 21 de Noviembre de 1831 Slacum reclamó al gobierno sobre el apresamiento de “harriet”, en base a las declaraciones de su Capitán Davison. El Ministro de Relaciones Exteriores de Buenos Aires, Tomás Manuel de Anchorena, le contestó que el asunto estaba a consideración del Ministerio de Guerra y Marina. En nota posterior el funcionario norteamericano negaba el derecho de Vernet de apresar a los loberos y pescadores de su país en aguas, costas y archipiélagos adyacentes al Cabo de Hornos. Para agravar la situación el Capitán de Fragata Silas Ducan, Comandante de la corbeta de guerra “Lexington” se puso en comunicación con Slacum y resolvió “proteger los intereses de los súbditos norteamericanos en estos negocios.

Anchorena contestó las nuevas comunicaciones de Slacum y no lo reconoce, en su calidad de cónsul, capacidad ni poderes para tratar el asunto que correspondía a ambos gobiernos.

El 9 de Diciembre de 1831 la “Lexington” zarpaba para su misión a Malvinas, mientras Anchorena se nota a Slacum le informaba que trataba con un gobierno que se hacía respetar, que el asunto era de particulares y protestaría y haría valer sus derechos si el Comandante de la “Lexington” agraviaba o cometía perjuicios en Malvinas. Por otra parte, como cónsul, le informaba que no lo capacitaban para resolver en el caso presente.

En estos momentos Slacum tomó contacto con Woodine Parish y Mer Fox, representante y cónsul británico de las relaciones inglesas en las Malvinas.

El 27 de Diciembre de 1831, a media noche, entraba a la Bahía Anunciación y al día siguiente aparecía anclada frente a Puerto Luis. Pero la Nave de Guerra de los estados Unidos no lo hizo con su pabellón, sino con el francés. ¡Utilizaba así una treta propia de corsarios o filibusteros en tiempo de guerra!.

Desde tierra se le contestó con pabellón argentino y a continuación la poderosa nave norteamericana empezó su “hazañosa tarea”. Apresaron la goleta “Aguila”, a Brisbane y Mescalf, seleccionados dentro de los habitantes de Puerto Luis. Ya entonces con bandera norteamericana procedieron a desembarcar, ocupan los edificios clavan los cañones, queman la pólvora y se apoderan de todo lo que el capitán Davidson considera era suyo.

Los hombres de Davidson destruyeron barracas, rompieron puertas, tomaron prisioneros a 25 pobladores a los cuales, luego de interrogarlos, los liberan excepto 6 que consideraron más importantes.

El 21 de Enero de 1832 dejando en ruinas y semi despoblada lo que había sido una floreciente colonia argentina, la “Lexington” dejó las islas Malvinas y ponía proa a Montevideo. A su bordo, con una ración alimentaria muy exigua, iban prisioneros Mateo Brisbane y seis colonos; otros viajaban en mejores condiciones como pasajeros. Se había cometido un atropello inaudito que seguramente se cuenta entre las páginas más oscuras del brillante naval historial de los Estados Unidos.

El historiador Julius Goebel (h) consiguió revisar el libro ed bitácora de la Lexington, donde Silas Duncan no transcribió nada de lo sucedido en el Puerto Luis. Seguramente temía futuras complicaciones y sabía que no había realizado precisamente una hazaña.

En los primeros días de Febrero llegó la “Lexington” a Montevideo y el 8 de Febrero el Gobierno Argentino tomaba conocimiento del ultraje recibido. La indignación fue unánime y la “Gaceta Mercantil” calificaba el atentado d “infracción al derecho de gentes” y de ultraje “al pabellón argentino”.

Nuestro gobierno suspendió toda demanda con Slacum, por considerarlo el principal causante del atropello. Desde entonces Argentina protestó enérgicamente ante Estados Unidos y urgió reparaciones; pero hasta ahora no ha tenido ninguna satisfacción a sus demandas.

La “Sarandi” llegó con el nuevo Gobernador y lo desembarcó y 9 días después, el 24 de Noviembre de 1832, zarpó para hacer una inspección por las islas e incluso para ir a Tierra de Fuego y luego volver. Durante ese periodo se produce el asesinato del Mayor Mestivier en circunstancias realmente dramáticas.

Pinedo al regresar a Malvinas encuentra un estado de insubordinación, e inició las actuaciones sumarias. El 2 de enero de 1833, apareció fondeada en Puerto Soledad la corbeta inglesa “Clío”, Capitán J.J. Onslow.

Como correspondía Pinedo mandó a uno de sus oficiales en visita de cortesía a la nave inglesa y a cambio recibió una intimación para arriar el pabellón argentino y desocupar las islas, no habí estado de guerra.

Pinedo, en un primer momento, reaccionó como correspondía. La situación que enfrentaba era difícil; su buque era muy inferior desde el punto de vista bélico, al inglés, aunque podía hacer una defensa honrosa por algún tiempo, pero tenía otros inconvenientes. La gente que tenía a su bordo era en su mayoría inglesa y solamente unos pocos eran criollos. El segundo de abordaje, el teniente Elliot, era estadounidense. Consultó a todos; los ingleses manifestaron que cumplirían con su deber; el práctico que se desempeñaría como tal, pero no combatiría. Los 5 grumetes, muchachos entre 15 y 20 años de edad, dijeron que combatirían y la tripulación, que era de unos 80 hombres, manifestó que seguirían las órdenes que les dieran.

Empezó entonces Pinedo a ejecutar su plan, que era correcto. Llamó a Gomelia, que estaba preso, lo libertó, le dio armas para los 18 soldados que estaban en la guarnición de tierra y se dispuso a cumplir sus instrucciones. Antes de salir de Buenos Aires le habían entregado el código de honor naval, el cual en su artículo 9º recomendaba que en caso de que el pabellón nuestro fuera afectado por una potencia extranjera con ocupaciones o ataques, debería defenderlo hasta las últimas consecuencias; estas instrucciones inician su posterior sumario. Pero a medida que pasaba el tiempo, la fe de Pinedo fue decayendo.

A las 9 de la mañana del 3 de Enero de 1833 los ingleses desembarcaron, primero izaron en un mástil que traían la bandera inglesa luego arriaron la nuestra, la plegaron pulcramente y luego se la enviaron a Pinedo para que se la llevara. El 5 de Enero Pinedo, con unos cuantos habitantes a bordo, abandonó las islas y puso proa a Buenos Aires.

Cuando la "Sarandí" llegó a Buenos Aires, el Almirante Brown estaba en la colonia y se presentó inmediatamente ante el Gobierno por si fuesen necesarios sus servicios. Mientras se efectuaba la protesta diplomática, se levantó un sumario para aclarar los hechos; en el mismo se trató todos los acontecimientos ocurridos, el problema de la guarnición, el asesinato, etc.

El Sargento Sáenz Valiente, el asesino de Mestivier, fue fusilado en la Plaza Mayor previa amputación de la mano derecha. Junto con él fueron asesinados 6 cabecillas que habían participado del asesinato. En cuanto a Pinedo se le aplicaron 4 meses de suspensión de empleo, castigo muy leve, y fue separado de la Marina y destinado al Ejército. Esto tiene su aclaración y es la siguiente: con el grado que tenía Pinedo, que era un grado de jefe, en el Ejército no iba a poder tener mando independiente, mientras que en la marina podía comandar una nave y ya había demostrado que era incapaz de enfrentar una situación riesgosa.

A partir de entonces comenzaron las reclamaciones argentinas, hechas en primer término por Manuel Moreno. Se le contestó que los ingleses nunca habían renunciado a su soberanía a las Islas Malvinas.

La "Clío", sin embargo no quedó mucho tiempo en las islas y el 14 de enero de 1833 zarpó, sin esperar al "Tiñe", nave menor que llegó el 16 y saludó al pabellón británico. El capitán J.J. Onslow antes de partir nombró al escocés y hombre de Vernet, Guillermo Dickson. Este tenía por obligación izar el pabellón inglés todos los domingos o cuando apareciera alguna nave en la isla.

La "Tiñe" también zarpó unos días después y la isla quedó prácticamente sin autoridad. El representante argentino, "Comandante Político y Militar", era Juan Simón, francés, capataz de los gauchos y hombre fiel a Vernet.

Durante el año 1833, las Malvinas estuvieron durante gran parte del tiempo sin gobierno efectivo. Si nuestros compatriotas no hubieran estado en lucha política y permanente guerra civil, quizás algo podría haberse hecho para recuperarlas.

No habiendo autoridades inglesas en las Islas Malvinas, se produjeron los hechos el 26 de Agosto de 1833.

Cuando después de la Segunda Guerra Mundial, se crearon las Naciones Unidas, Argentina hizo reserva sobre sus derechos sobre las Islas.

En 1960 la XV Asamblea General de las Naciones Unidas, establece la necesidad de liberar a los territorios que no son libres.

En 1964, poseyendo el Reino Unido las Islas, un subcomité de las Naciones Unidas, el tercero, incluye a nuestras islas entre los territorios a descolonizar, y el 18 de Septiembre, el subcomité de descolonización acepta nombrar a las islas Falkland y colocar entre paréntesis (Malvinas) a continuación.

Al año siguiente Argentina en cumplimiento a las disposiciones del Subcomité, propone negociar al Reino Unido de Gran Bretaña, pero éste solo aceptó si se excluía el tema de la soberanía.

El 18 de Noviembre de 1965, tras haber escuchado el alegato del Representante Argentino Dr. Bonifacio del Carril, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas vota la resolución 2065 (XX) que establece: Invitar a las partes a negociar para encontrar una solución pacífica al problema. Debían tenerse en cuenta las disposiciones comunes y los objetivos de las Naciones Unidas y los intereses de la población de la isla. La resolución tuvo 94 votos a favor y 14 abstenciones.

Siguen reuniones que no llevan a nada. Argentina quiere primero discutir sobre la soberanía, antes que ningún otro tema. Los ingleses conociendo los deseos de los habitantes de las islas de permanecer ingleses, quieren hablar primero de comunicaciones intercambio entre las islas y Argentina, lo que les conviene y no les compromete.

Inglaterra en tanto pone trabas a la radicación de isleños en la Metrópoli, pues la población de Malvinas disminuye lenta y continuamente (Acta de Migración) Migration Act.

Aclaremos que todas las conversaciones incluyen también a las dependencias, es decir Georgias y Sándwich del Sur.

En Septiembre de 1964 el piloto Argentino Miguel Fitzgerald volcando en un pequeño avión aterriza en Malvinas, en el hipódromo de carreras, deja una bandera Argentina, una nota de protesta y levanta nuevamente el vuelo. Esa bandera Argentina ahora está en el Museo de las islas Stanley (Puerto Argentino, hoy).

También en el mes de Septiembre un comando desvía un avión de pasajeros en vuelo y obliga al piloto a aterrizar en Malvinas. Allí se rinden las fuerzas armadas de la isla. En el avión viajaba elñ Gobernador de Tierra de Fuego, que lo es a la vez del Territorio Antártico y de las Islas del Atlántico Sur, entre las que están comprometidas las Malvinas, Georgias y Sándwich del Sur.

La tercera incursión lo realiza un avión bimotor del Diario "Crónica", que pilotea nuevamente Miguel Fitzgerald y se produce el 27 de Noviembre de 1968, Lo acompaña el director del diario y un periodista. La cancha de carreras había sido obstruida y el avión tuvo que aterrizar en un camino, sufriendo daños.

En 1969/70 las Islas tienen 628.960 lanares, de los que pertenecen 281.075 a la Falkland Islands Company.

Por entonces se realizó la visita del Ministro de Relaciones Exteriores Inglés a Buenos Aires, Miguel Stewart, para negociaciones.

En 1967 las Naciones Unidas votaron la resolución 1514 XV que establece: Toda situación colonial que destruya total o parcialmente la unidad nacional y la integridad territorial de un país es incompatible con los propósitos y objetivos de la carta". Nos favorecía en nuestra situación y fue usada posteriormente por nuestros representantes.

A fines de 1969, la posición Argentina sigue firme, las Islas son visitadas por Lord Chaldont que regresa a Londres con 2 convencimientos. El primero que Argentina no registrará en la cuestión soberanía y el otro que los isleños quieren permanecer siendo británicos, miembros de una colonia británica.

El doctor Bonifacio del Carril ha sostenido con razón que en las Malvinas el pueblo no puede autodeterminarse; pues son una factoría que ha sido colonizada y explotada por un monopolio que no deja esperanzas a los isleños.

El embajador José María Ruda, opuso 3 fundamentos a la pretensión de que la cuestión de la soberanía debe estar supeditada a los deseos de la actual población y lo resume del libro citado de Dago Holmberg (pág. 74):

- 1) Se trata de intereses de Gobierno a Gobierno y la solución debe provenir de los dos Estados, no de los Malvineros.
- 2) Debe aplicarse al principio de la Unidad Nacional y la Integridad continental (Punto 6 Resolución 1514 XVI). La Argentina fue mutilada de las Malvinas y siempre protestó.

- 3) Que si se aplica la tesis británica, los territorios ocupados por la fuerza y poblados por coloniales de la potencia usurpadora, triunfará una posición ilegítima bajo la responsabilidad de las Naciones Unidas.

En virtud del acuerdo de Comunicación de 1971, la Argentina realizó un duro esfuerzo que se tradujo en las siguientes medidas :

- 1) La Fuerza Argentina construyó una pista de aterrizaje, compuestas de planchas de aluminio para las operaciones aéreas. Se inauguró el 15 de Noviembre de 1972. L.A.D.E. Líneas Aéreas del Estado realiza dos vuelos semanales con aviones Fokker F 27.
- 2) El servicio de Transportes Navales realiza viajes a las islas con uno de sus transportes para la exportación de lanares y lanas y lleva cargas importadas a las islas.
- 3) Niños Malvineros han visitado en grupos a la Argentina.
- 4) Estudiantes de Malvinas estudian en nuestros colegios.
- 5) Naves de turismo han visitado las Islas.
- 6) Se han otorgado facilidades y se ha llegado a arreglos postales y su documentación, así como algunas franquicias aduaneras.
- 7) Se ha establecido en la Isla una situación de combustible (nafta y gas líquido).
- 8) El yate "Fortuna" visitó las Islas y del 14 al 16 de Mayo de 1970, se realizan regatas con embarcaciones donadas por la Armada.

Con respecto al turismo después de 5 naves argentinas, la sexta que quizá entrar a las Islas no lo hizo pues se le exigía arriar el pabellón Argentino e izar el inglés. El buque era el "Regina Prima" en fecha 2 de Marzo de 1975.

Entretanto, después de la Segunda Guerra Mundial ha adquirido interés el petróleo submarino. La Argentina tiene varias cuencas sedimentarias que pueden contener petróleo.

Entre fines de 1976 y principios de 1978 Argentina establece en la Isla Morell de las Islas Sandwich del Sur su base científica "Corbeta Uruguay". Los ingleses protestan y Argentina rechaza la protesta.

Argentina a su vez protesta en Agosto de 1978, sobre la decisión inglesa de crear una zona de jurisdicción marítima de 200 millas alrededor e las islas, declaración que no se produjo.

En realidad en 1908 se había declarado soberanía hasta el Polo. A principios de 1980 se repusieron a los Embajadores. En 1980 se creó un Registro de Contratos Públicos para las Islas Malvinas, mediante Ley 22.197 del 17 de Marzo de 1980. A principios de 1980 el Ministro de Relaciones Exteriores Nicholas Ridley anunció que se cedería la soberanía a Argentina, pero luego se mantendría las islas bajo arriendo, por un plazo no decidido. Se informó en Londres que todo dependería de los deseos de los isleños y éstos recibieron con desagrado la noticia.

Finalmente digamos que la Argentina hasta ahora ha recibido muy poco del esfuerzo realizado para argentinizar las Malvinas. Los acontecimientos de las Islas repercuten hondamente en nuestro país.

El 30 de Abril de 1970 un menor nacido en las islas fue inscripto en Buenos Aires como Argentino.

El 29 de Mayo de 1974 por decreto del Poder Ejecutivo se decreta el día 10 de Junio Día de la Afirmación de los derechos argentinos sobre las Malvinas, Islas y sector Antártico.

El día elegido recuerda el nombramiento del primer gobernador político y militar de las islas, Don Luis Vernet, el 10 de Junio de 1829 y coincidió con la toma de Puerto Egmont el 10 de Junio de 1771.

Finalmente el 2 de Abril de 1982 el gobierno Argentino decide ocupar el Archipiélago en una operación donde tienen 4 muertos y 2 heridos, sin bajas para los ingleses.

Las islas Georgias

Las islas Georgias del Sur, constan de una isla muy grande, San Pedro, y de algunas islas menores. La mayor tiene 100 millas de largo (185 kms) y 20 millas de ancho (37kms). Es una isla que tiene una gran cadena central que son los montes que nosotros llamamos San Telmo y los ingleses llaman Allardice, en honor de un gobernador de Malvinas.

Esas islas según algunos historiadores fueron descubiertas en 1675 por Antonio de la Roche que a pesar de su nombre francés era un capitán inglés; pero como se puede comprobar en la cartografía posterior a esa fecha, la latitud que da es totalmente errónea, 10 grados más al norte; por lo cual incluso un historiador inglés ha dicho que debía ser posiblemente la isla Beauchesne, situada en unas 30 millas al sur de las grandes Malvinas, de manera que ese descubrimiento es sumamente dudoso. En 1756, la nave mercante española "León" procedió a descubrir las islas el 28 o el 29 de Junio.

Hasta hace poco teníamos la relación citada por el doctor Fitte en su libro, de Sir Duclos Guyot, uno de los pasajeros, en la cual explica que el día 29 de Julio a las 7 de mañana, descubrieron una isla muy grande de 20 a 25 leguas, concuerda perfectamente con su longitud y estuvieron prácticamente 3 días recorriéndola y luego siguieron viaje para las Canarias, la latitud que da es perfecta, 54 grados y unos minutos, la longitud casi concuerda con la de la mitad de la isla.

Hemos tenido la suerte de encontrar otro documento en el Museo Naval de Madrid sobre este descubrimiento. Es la relación del piloto Enrique de Cormer natural de Saint Maló que era el piloto de la nave "León" el cual hace una descripción que coincide exactamente con lo que dice Sir Duclos Guyot, que iba en ese barco como pasajero; pero que además de datos científicos, geográficos mucho más precisos que concuerdan exactamente con los que tiene la Isla San Pedro.

La Isla San Pedro se llama así porque el 29 de Junio, era el día de San Pedro. El piloto dice que el día 28 vieron una masa de tierra, pero que después se produjo, (como es muy frecuente en esa zona), una niebla que no les dejó comprobar hasta el día siguiente de que efectivamente habían visto tierra.

También se ha mencionado como descubridor a Américo Vespucio, pero es muy controvertido. Los historiadores están todavía discutiendo si en 1501 desde el Cabo Frío siguió para el Sudeste o siguió a las Costas patagónicas. Los últimos documentos del señor almirante Basílico y el capitán de Corbeta Roberto Barreiro, español, demuestran que siguió al sudeste.

Vespucio informa que vio una tierra en medio de una tormenta, cuya extensión era de 20 leguas, pero nadie puede decir con que precisión la situó, con que longitud, etc. La latitud podemos aceptársela, estaba en los 50 o 52 grados según algunas de las 4 famosas "letras" de la discusión vespuciana.

Lo cierto es que es un avistaje en medio de una tormenta, sin precisión aceptable, muy discutido y tan dudoso como el de la Roche. En cambio, las dos versiones del avistaje Español son perfectamente coincidentes con la latitud de la isla. En cuanto a la longitud, o sea la distancia Este Oeste, hay una gran diferencia en el piloto que obligó a efectuar una investigación al respecto: ¿por qué Duclos Guyot que iba en el mismo buque daba una longitud casi exacta y el piloto de Saint Maló, Enrique Cormer tenía 8 grados de diferencia, que en esa latitud son equivalentes a 275 millas. Ese error en la zona y época era aceptable en longitud.

Lo que ocurrió se aclaró luego de consultar el relato de Duclos Guyot, porque cuando esté llegó a las Canarias comprobó que tenía de 8 a 10 grados de diferencia en la longitud. Su trabajo fue corregido y publicado varios años después. En cambio, el piloto anotó sus datos en el momento, de manera que allí se explica su error en longitud; la descripción en actividades coincide totalmente. De manera que las islas han sido descubiertas, por lo menos científicamente por la nave "León", española en 1756, un 28 o 29 de Junio.

En 1775 el gran navegante inglés James Cook, redescubre las islas, pero reconoce que anteriormente lo hicieron los españoles del navío "León", que lo habían llamado San Pedro a la isla principal.

La isla San Pedro se convierte en el centro de la caza de cetáceos. Las ballenas que tenemos en nuestras aguas australes son casi las mismas que habían en el Norte. Cuando se terminaron allí los cazadores se vinieron a nuestras aguas y prácticamente las exterminaron. De esa riqueza tampoco Argentina ha tenido provecho.

En 1904 la isla San Pedro, en una bahía que se llama Cumberland, se estableció la primera factoría ballenera, pertenecía a la Compañía Argentina de Pesca establecida bajo leyes de nuestro país. El gerente de esa gran compañía, gran ballenero y uno de los lobos de mar más extraordinarios de todos los tiempos era, Carlos S. Larsen. El mismo que visitó en 1892 el Mar de Weddell había encontrado ballenas, fósiles, etc. Volvió posteriormente con la

expedición antártica sueca de 1901 aquella del "Ahntartic", que él comandaba y en cual participó nuestro alférez Sobral y después del hundimiento de su buque y su rescate por la "Uruguay" se quedó en Buenos Aires y constituyó esa compañía de Pesca. Fue así que en 1904, en Georgias del Sur, se estableció la primera factoría ballenera y era Argentina. El presidente de la compañía era Pedro Christophersen, casado con una argentina, nieta del general Alvear. Ernesto Tornquist, argentino, fue uno de los principales accionistas y posteriormente fue también presidente de la compañía.

Esa compañía llegó a San Pedro con 3 naves, 2 veleros y un ballenero a vapor, el 16 de Noviembre de 1904. El primer año de actividad se obtuvo 195 ballenas pero en 1906 Inglaterra descubre este campo ballenero de gran importancia y empieza a cobrar impuestos por cazar ballenas.

En 1908 ya había tres factorías terrestres y una flotante, posteriormente había una Argentina, 2 o 3 noruegas, una sud africana y una o dos inglesas, lo cual daba un total de cinco o siete hasta 1930. En 1908 los ingleses habían hecho otra declaración unilateral y declaran que están bajo su dominio todas las tierras e islas comprendidas desde el meridiano 20° W hasta el meridiano 80°W y debajo de latitud 50° S. al Polo. Es decir un pedazo de Santa Cruz, Tierra del Fuego y la provincia Chilena de Magallanes.

Evidentemente los ingleses no eran muy cuidadosos en su expropiación y cuando Chile y Argentina protestaron, se zanjó la dificultad cortando un pequeño sector por el meridiano 50° W hasta el 58° S, de manera que desde 1917 Inglaterra reivindica, como propio en cuanto a las tierras existentes en el Polo Sur.

A partir de la instalación de la Compañía Argentina de Pesca en Grytviken, la Armada Argentina le dio apoyo logístico y de comunicaciones hasta 2 décadas después. He aquí el resumen de esta acción:

En 1905 siendo los argentinos los únicos habitantes de las islas, el transporte "Guardia Nacional" llegó a Bahía Cumberland el 1 de Febrero y descargó pertrechos y 1000 toneladas de carbón en 14 días de trabajo.

El Comandante de la nave, teniente de navío Alfredo P. Lamas, ordenó la realización de un cuarterón de la Bahía, en el cual cooperó la nave "Fortuna" de la Compañía Argentina de Pesca, cedida gentilmente por el gerente de la misma Karl Larsen. Tomaron parte de la tarea los oficiales León Scasso, Pedro Bran, Arturo Sierra, Octavio de la Vega y Mario Storni.

El seno más austral de la bahía Cumberland, estaba innominado y se lo bautizó Guardia Nacional. Se zarpó de vuelta el 30 de Junio de 1905.

La corbeta Uruguaya realizó otros viajes a Georgias, aunque el motivo era el relevo de Orcadas. Citemos los viajes realizados:

1. 1909, comandada por el teniente Carlos Somoza, relevó Orcadas y del 13 de Febrero de 1909 al 24 del mismo mes, relevó y reparó instalaciones en Bahía Moltke (isla San Pedro).

Pasó luego a Bahía Cumberland donde la oficialidad y tripulación fue atendida por Karl Larsen. Cargó carbón y zarpó rumbo a Buenos Aires el 27 de Febrero.

2. 1910, con el teniente de Navío César Maranga y después de relevar Orcadas, llegó el 11 de Febrero a Bahía Cumberland. El 16 se dejó Georgias rumbo al río de la Plata.
3. 1911, Teniente de navío Guillermo Llosa de Comandante. Relevó Orcadas y permaneció desde el 17 de Febrero al 2 de Mayo. Se realizó cartografía y se zarpó hacia Buenos Aires.
4. 1914, comandada por el Teniente de navío Ignacio Spíndola. Después del relevo de Orcadas permaneció en Bahía Cumberland del 28 de Febrero al 2 de Marzo.
5. 1918, en este viaje el comandante era el teniente de navío Eleazar Videla. Luego del acostumbrado relevo de Orcadas, permaneció en Bahía Cumberland del 11 al 16 de Marzo.
6. 1919, bajo el comando del teniente de navío Jorge Games pasa por Orcadas y permaneció en Grytviken del 6 al 11 de Marzo.

Las islas Geogias del Sur fueron recuperadas por nuestras fuerzas el 3 de Abril de 1982, para luego ser recuperada por los ingleses en una lucha prolongada. En cambio las Islas Norte fueron visitadas por el navegante ruso, almirante Fabian G. Bellingshausen con dos buques llamados "Vostok" y "Mirny"; este estaba mandado por el teniente Miguel Lazarev. Esta expedición paso a fines de 1819 por las Georgias.

Ambas naves siguieron navegando y en 1820 encontraron las islas Sándwich. Los rusos tienen pretensiones demostradas sobre nuestras islas Sándwich, Shetland y sobre la Artántida en un sector no declarado.

El 2 de Abril de 1982 La República Argentina se estableció en las Islas Malvinas y al día siguiente en las Islas Georgias del Sur.

Contribución a la historia de las Islas Sándwich del Sur

La teoría del Dr Alfredo Lotario Wegener establecida desde 1912 y en sus obras "origen de los Continentes y Océanos" y "Los Continentes a la Deriva", parece ir confirmándose con los nuevos descubrimientos oceanográficos.

En el caso de las islas Sanduwich del Sur, la explicación de Wegener parece más lógica y la sintetizamos así:

En la separación de los actuales continentes de la Pangea o continente Único, América del Sur y Antártida derivaron a sus actuales posiciones unidas por un itsmo. Debido a distinta densidad de terrenos o a otra causa geológica, el itsmo se fue quedando retrasado con respecto a las masas principales y terminó por hacerse muy cóncavo al Oeste. Finalmente se quebró y formó el arco antillano del sur cuyos restos son la isla de los estados, el banco Burdwood, las rocas Cormorán y Negra, las islas Georgia del Sur, las Sándwich del Sur, las islas Orcadas y las Shetlands.

La parte donde la quebradura fue mayor y profunda, fue en el extremo este del arco. Allí la flexión es más pronunciada. Esta debe ser la razón por lo que las islas Sándwich son volcánicas.

El archipiélago está constituido por 11 islas principales, islotes y rocas, situados sobre "un arco convexo hacia el este entre latitud $56^{\circ} 14' S$, longitud $27^{\circ} 35' W$ y latitud $59^{\circ} 27' S$ y longitud $26^{\circ} 20' W$ ". Es decir se extiende de Norte a Sud por $3^{\circ} 16'$ de latitud o sea 196 millas y de este a oeste solo 60 millas. Las islas son pequeñas y su superficie es de 300 km cuadrados.

Las Sandwich del Sur son volcánicas, una de ellas la Zavodovski tiene actividad volcánica permanente, las otras suelen tener algunos signos de erupción, son de difícil acceso, ofrecen poca protección por lo cual hasta ahora permanecen deshabilitadas.

Las Sándwich del Sur están a 1250 millas, poco más de 2300 km de la isla de los Estados y a 430 millas (796 kmts) del archipiélago de las Georgias del Sur. De Buenos Aires distan 2080 millas (3800 kmts) y del polo sur 1219 millas (2256 kmts).

Veremos con algún detalle la primera expedición a las Sándwich en 1952 en la Campaña Antártica 1951/52. Durante esa Campaña se constituyó un grupo de reconocimiento denominado número dos, formado por las Fragatas "Sarandi" cuyo capitán era el Comandante del Grupo Domingo C. Luis, y, "Hércules" cuyo capitán fue Carlos A. Viñuales. La misión de este grupo consistió en hacer relevamientos rápidos de las islas, observaciones científicas en especial de biología, vulcanismo, meteorología e hidrografía.

Ambas Fragatas partieron independientemente de Ushuaria el 26 de Febrero de 1952 rumbo a las Sandwich del Norte o Grupo del Marqués. Debieron soportar mal tiempo los días 28 y 29 de Febrero.

La Fragata "Sarandi" el 28 de Febrero sufrió una ruptura del plan de la balza N° 6 y perdió el "cenicero" de popa. Recaló cerca de la isla Leskov el 2 de Marzo de 1952. La "Hércules" avistó Zavodovski el mismo día y casi a la misma hora.

Ambas Fragatas comienzan con el reconocimiento de las islas. El 2 de marzo la "Sarandi" reconoció Leskov en la cual no se podía fondear y Visokoi, en esta la costa acantilada impedía desembarcar.

La "Sarandi" se dirigió a las islas Saunders y fondeó en Bahía Cordelia, el 3 de Marzo de 1952. Se destacó una lancha con el Comandante y un chichorro a remolque, tuvieron problemas en el desembarque y cuatro hombres logran desembarcar con el chichorro en una maniobra peligrosa. El chichorro perdió el timón en el primer desembarco argentino en las islas sándwich. El rescate de esta gente lo hizo el segundo comandante de la "Sarandi" Capitán de Corbeta José C. T. Carbone con una maniobra también peligrosa.

El 4 de Marzo se navegó paralelo a la costa este de la isla Saunders y a 3 millas de distancia. Por un fuerte rolido, cayó el Cabo Principal señalero Zárate. Ese día el mar alcanzó fuerza 11 y se observó una actividad volcánica en la isla.

El día 5 mejoró el tiempo y se llegó a isla Blanco, se la reconoció y se la encontró cubierta por glaciares. No se observó actividad volcánica y se observó el islote Freezeland. El día 7 la "Sarandi" se dirige al encuentro de la otra Fragata.

La "Hércules" avistó Zavodovski el 2 de Marzo de 1952. Luego avistó Visokoi y se puso proa al Grupo de Candelaria. A 1200 horas se fondeó en la isla Vindicación en el tenedero del este y hubo un desembarco con el segundo Comandante Capitán de Corbeta Jorge A. Castiñeiras Falcón. Es el segundo que existe constancia, de argentinos en las islas Sándwich del Sur.

El día 4 se llegó a Jorge (Montagú) que se reconoció, al anochecer se puso proa al archipiélago Tule e intentaron entrar a Bahía Ferguson en la isla Morell, pero no se pudo por falta de visibilidad y un témpano varado en la entrada.

El día 5 se reconocen las isla Cook y Bellingshausen y a 1815 horas se entró a Bahía Ferguson en isla Morell aunque el fondeadero no resultó bueno.

El día 6 se determina que el Montagú y Saunders están mal situadas en la carta.

El día 7 se reconoce Zavodovski y luego se reúne con la "Sarandi" . Ambas naves pusieron proa a Puerto Belgrano donde llegaron el 14 de Marzo de 1952.

En la campaña de 1954 / 55 la cual comando el Capitán de Navío Alicio Ogara, realizó su primera campaña el rompe hielo General "San Martín" a mando del Capitán de Fragta Luis Tristán de Villalobos.

El "San Martín" realizó su expedición a las islas Sándwich y luego zarpó de Ensenada General Belgrano en el Mar de Weddell para las islas Sándwich del Sur, el 18 de enero de 1955. El 25 de Enero tomó contacto radar con las isla Tule del Sur y entró a Bahía Ferguson en el isla Morell donde fondeó. A 1425 se ordenó destacar el E.D.P.V que se dirigió a tierra con el segundo comandante y desembarcó para formar un pequeño refugio llamado Teniente Esquivel. También se construyó una baliza que se denominó Gobernación Marítima de tierra del Fuego. El "San Martín" una vez cumplida su misión zarpó para las islas Orcadas llegando a Bahía Scotia el 28 de enero de 1955.

La campaña de 1955/56 se hizo al mando del capitán de navío Emilio Días. El rompe hielos "General San Martín" zarpó de Bahía Uruguay en islas Orcadas el 10 de diciembre de 1955 rumbo a la isla Morell en el archipiélago de Tule. Durante el viaje divisaron pingüinos, dumeros los pájaros de las ballenas.

El 13 de Diciembre de 1955 se fondeó en Bahía Ferguson en isla Morell. A las 20,20 hs se envió una lancha a tierra dejando al personal en tierra para habilitar el refugio Teniente Esquivel y montar otra baliza que se llamó Teniente Sahores, en honor al Teniente Sahores Alejandro. La baliza se instaló en Punta Hewisson.

El 14 de Diciembre desembarcó el Guardiamarina Ricardo Hermelo y los civiles operadores de radio que debían permanecer en las islas. El rompe hielo zarpó el 14 de Diciembre rumbo a las islas Orcadas. De esta manera quedaron tres Argentinos viviendo aislados en la Isla Morell. El guardiamarina Ricardo Hermelo , hijo y nieto de exploradores antárticos junto a los dos radio

operadores, el señor Manuel Ahumada y el señor Juan Villarreal. Permanecerían en una zona de una pingüinera, con guano formado por el excremento de los pingüinos y con olor apestoso. Vivieron algunas aventuras como la aparición del Yety que resultó ser una de las pocas focas paleteras que quedaban en el lugar. Poco después vieron un espectáculo estremecedor, ya que en la isla vecina había un volcán en erupción.

El rompe hielo zarpó el 8 de Enero de 1956 de ensenada Piedra Buena hacia las Tule y el 14 de enero se descubrió la isla Blanco (Bristol). Zarpó hacia Tule con dos helicópteros y se evacuó a los tres habitantes de la isla Morell.

En la campaña de 1956/57 mandado por el capitán de navío Helvio Guozden, el rompe hielo volvió a Sándwich del Sur a fines del año 1957, a raíz de una noticia publicada en Londres sobre la presencia de naves rusas en la isla Zavodovski, se dispuso enviar el rompe hielo. El "San Martín" zarpó de ensenada Piedra Buena y llegó a la isla el 25 de Enero de 1958. No se encontraron sospechas del desembarco ruso pero se estableció otra baliza Argentina llamada Guardiamarina Lamas en recuerdo del Oficial Daniel Lamas muerto en hundimiento del "Fournier" en 1949. La nave partió de regreso el 31 de Enero llegando a Bahía Scotia el 2 de Febrero de 1958.

En la campaña 1969/70 llegaron nuestras naves a la isla Sándwich del Sur. En la península Corbeta Uruguay, formada por lava y roca de la isla Morell, la Armada Argentina instaló la Estación Científica "Corbeta Uruguay".

En la campaña de verano de 1976/77 los dos veteranos de la antártida: el rompehielos "General San Martín" y el transporte "Bahía Aguirre" zarparon rumbo a la Antártida para su campaña anual y con el propósito de instalar la estación científica Corbeta Uruguay. El Capitán de navío D. Isidoro Paradelo comandaba la agrupación Naval Antártica y debía instalar la estación, cumpliendo órdenes derivadas de una resolución del señor Comandante en Jefe de la Armada. El desembarco en la Península fue el 7 de Noviembre de 1976 comenzando los estudios y la construcción de la Base a cargo del personal del Batallón de construcción de la Armada. Durante cuatro meses se realizó la construcción, soportando un mal clima, con grandes dificultades por ser un terreno volcánico y viviendo en condiciones precarias, soportando con entusiasmo y voluntad.

La estación consta de tres partes fundamentales que son: la casa principal, la de emergencia y entre ambas la casa de servicio donde están los generadores, despensa, máquinas, etc. Estas tres casas están unidas por un "cañoducto" el cual permite el tránsito interno entre las casas, también existe una depósito, un abrigo de instrumentos meteorológicos y un mástil para nuestro pabellón.

La Estación Científica Corbeta Uruguay fue inaugurada oficialmente el 18 de Marzo de 1977 y se laboro el acta correspondiente firmada por el capitán de navío Isidoro Paradelo, Alberto L. Padilla, comandante del rompehielos "general san Martín", César Trombetta, comandante del "Bahía Aguirre" y el Teniente de la Fragata Guillermo Escorihuela, Jefe de la estación Científica. La

estación luego fue evacuado pero volvió a ser ocupada en la campaña de 1977/78 en forma permanente.

Su misión es científica y recoge información meteorológica, geológica, de fauna y flora, estado de los hielos, etc. La campaña antártida fue mandada por el capitán de navío Carlos Alberto Barros.

Todo ha sido superado en este lugar de características tan inhóspitas que impresionaron al gran navegante James Cook. Lugar donde la tierra tiembla casi siempre y las erupciones volcánicas de islas vecinas sobrecogen el ánimo.

Allí en la “Última Thule” (Tule para nosotros) en el confín del mundo, a 1230 millas de la isla de los Estados esta nuestra estación científica Corbeta Uruguay, cubierta por Argentinos.

La Primera Batalla de las Malvinas

A comienzos del siglo XX, el fantasma de la guerra asomaba a cada rato en Europa. De parte alemana y francesa había elementos políticos y militares que, por momentos acariciaban ideas de guerra preventiva o revanchista, según de qué lado se estaba.

En la entraña de la rivalidad anglo-alemana que se desarrolló mientras en Europa se vivía el *belle époque*, estaba la cuestión del dominio de los mares. En 1882 Guillermo II, emperador de Alemania, intenta crear una flota equiparable a la inglesa. “Nuestro porvenir está en el mar”.

La “regla de oro” de la política naval inglesa, desde el tiempo de Nelson, el *two power standart* (regla de las dos potencias), según la *cual* la flota inglesa debía ser superior a las dos flotas que surgieran en orden de importancia, unidas. En consecuencia, todo país que construyese una gran flota debía ser *disuadido*, o, en caso extremo *impedido* de hacerlo. Varias tentativas inglesas, a distinto nivel, para disuadir de esta política al Kaiser, insinuándole la molestia que estaba causando. “El Tridente de Neptuno debe estar en nuestras manos” (poder naval) “Si a los británicos les gusta o no, no tiene importancia. Si quieren la guerra, que la empiecen. No tenemos miedo.

Pocos meses después de estallar la Primera Guerra Mundial, el 8 de diciembre la escuadra inglesa se enfrentó con la alemana en un combate naval sangriento dejando muchos buques de guerra alemanes hundidos en torno a las Malvinas.

Este tuvo un capítulo previo en la costa sur de Chile donde la flota alemana venció a la inglesa, y epílogo que correspondió a las autoridades y al pueblo argentino que se debatían entre las simpatías por los países beligerantes y las ventajas de conservar la neutralidad. El presidente Argentino Victorino de la Plaza tomó disposiciones sobre neutralidad, un decreto del 5 de Agosto de 1914, según dicho decreto “se seguirá en todos los casos las reglas de la doctrina y de procedimientos consignados en la convención referente a los derechos y Deberes de las potencias neutrales”



EL COMBATE NAVAL DE MALVINAS

COMPOSICION DE LAS ESCUADRAS



Bibliografía:

1. **Armada Argentina**, “Historía Marítima”, *Secretaría General Naval Departamento de Estudios Históricos Navales*, Cuántica Editora, Tomo 10, Buenos Aires, (1982).
2. **Barbadori Atilio Anibal**, “Rumbo a la Antártida viajes del Vicente Fidel López y del Pampa”, 138° Título de las Ediciones del Instituto de Publicaciones navales, (1999).
3. **David Baigún**, “Información General”, Clarín, (7 de Abril del 2002).
4. **Destefani H. Laurio**, “Malvinas, Georgias y Sándwich del Sur ante el conflicto con Gran Bretaña”, Edipress S.A. Buenos Aires –Argentina (1981).
5. “**Diccionario Básico Espasa**”, Espasa-Calpe, S.A., Tercera edición, Tomo 7-12-14, Madrid, (1984).
6. “**Dyela**”, Enciclopedia Autodidáctica, Lexus Editores, Tomo IV, Edición 1997 / 1998.
7. **Ernesto de la Guardia**, “La Primera Batalla de las Malvinas”, *Todo es Historia* – N° 335, Buenos Aires – Argentina, 1984.
8. “**Historia marítima Argentina**”, Editado por el Departamento de Estudios Históricos Navales, Primera Edición, (Marzo de 1986). Tomo I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, Buenos Aires, (1985).
9. **Iones S. Wright, Lisa M. Nekhom**, “Diccionario Histórico Argentino”, Emece editores, S.A, pág. **455-458**, (1990).
10. **López Vicente Fidel**, “Historia de la República Argentina”, Editorial Sopena Argentina S. A., Primera Edición (Septiembre de 1938), Segunda Edición (Abril de 1944), Tercera Edición (Abril de 1949), Cuarta Edición (Septiembre de 1954), Quinta Edición (Septiembre de 1957), Sexta Edición (Enero de 1960), Tomo I, II, III, IV, V, Buenos Aires.
11. **Moroni Marcelo, Néstor Nogar, Ricardo Bravo, Gustavo Andrés Gonzáles**, Miguel Casielles, Luis Andrade, Elisa Wilbergear, Carlos Iglesias, Rubén Bernardo Ramírez, Alejandro Iriarte, José Bernardo Orsi, Juan Ladereche, Nazareno Natale, “Malvinas”, Edición Gratuita, Rivalde 2002.
12. **Oyarzábal Guillermo Andrés**, “Argentina hacia el Sur: La Utopía del Primer Puerto Militar (1895 – 1902)”, 152° Título de las Ediciones del *Instituto de Publicaciones Navales*, Primera edición, Buenos Aires – Argentina, 2002.
13. **Remotti A. Rodolfo** (Director), “Boletín del Centro Naval”, N° 779, **Vol.** 113, Año 114, (Julio, Agosto y Septiembre de 1995).

Paginas Internet

1. www.BBCmundo.com
2. www.interhabit.com
3. www.clarin.com
4. www.malvinasonline.com.ar
5. www.lanacion.com.ar
6. www.elmundoes.com

Himno a las Malvinas

Letra: Carlos Obligado Música: José Tieri

*Tras su manto de neblinas,
no las hemos de olvidar.*

*"¡Las Malvinas, Argentinas!",
¡Por ausente, por vencido
bajo extraño pabellón,
ningún suelo más querido;
de la patria en la extensión!*

*¿Quién nos habla aquí de olvido,
de renuncia, de perdón? ...
¡Ningún suelo más querido,
de la patria en la extensión.*

*¡Rompa el manto de neblinas,
como un sol, nuestro ideal :
"Las Malvinas, Argentinas
en dominio ya inmortal"!*

*Y ante el sol de nuestro emblema,
pura, nítida y triunfal,
brille ¡oh Patria!, en tu diadema
clama el viento y ruge el mar.*

*Ni de aquellos horizontes
nuestra enseña han de arrancar,
pues su blanco está en los montes
y en su azul se tiñe el mar.*

la perdida perla austral.

Coro

*¡Para honor de nuestro emblema
para orgullo nacional,
brille ¡oh Patria!, en tu diadema
la pérdida perla austral.*



c) Cronología de la Guerra

En diciembre de 1981 la conducción del País está a cargo de una Junta Militar, la misma entra en un proceso de cambio. El General Roberto Viola había caído ante la presión interna del Ejército. El General Leopoldo Fortunato Galtieri tomaba la doble relación de poder, se hacía cargo de su fuerza y de la presidencia. En la armada, el almirante Jorge Isaac Anaya asumía como jefe. La Argentina se encaminaba hacia un conflicto bélico.

Galtieri conoce en los días finales del 81 por boca del presidente provisional, vicealmirante Carlos Lacoste, que el Canciller de Viola, Oscar Camilión, consiguió una ronda de negociaciones con Gran Bretaña por las islas Malvinas.

Pero está Anaya, el marino cuyo plan de toma de las Malvinas había rechazado el Almirante Emilio Maserá en 1977. Apenas toma el cargo, llama al Vicealmirante Juan José Lombardo, Jefe de Operaciones Navales. La orden es planear un desembarco en las islas. Por entonces, Lombardo procuraba dar un golpe de mano en las Georgias.

El Brigadier Basilio Lami Dozo dijo el año último en una entrevista que se enteró del posible plan de una manera informal, en un aparte con Galtieri, en enero. Para ese momento, el planeamiento que Lombardo seguía en soledad agregaba al jefe del V cuerpo del Ejército, general Osvaldo García. Enterada la Fuerza Aérea finalmente, se suma al equipo el Brigadier Sigfrido Pless.

Todo se adelanta con la crisis de las Georgias, con los chatarreros que izan una bandera nacional y pequeños movimientos de tropas de ambos lados que son el roce necesario para el incidente mayor.

El 2 de Abril, en las Malvinas, cae la guarnición inglesa de 80 infantes de marina desbordados por un golpe de masa y movimiento.

El único muerto queda del lado Argentino el Capitán de Corbeta Pedro Giacchino, buzo táctico.

El tiempo diplomático se acaba y el 26 de Abril los británicos abren fuego en Georgias.

El 1 de Mayo un bombardeo Vulcán de la RAF inicia el hostigamiento. Varios buques se acercan a cañonear las posiciones de defensa. La Fuerza Aérea Argentina tiene allí su bautismo de fuego.

Ese día el Crucero General Belgrano ya llevaba la compañía del submarino nuclear Conqueror. Un día después toda la Argentina recibe la noticia de que está en estado de guerra.

El golpe de Exocet al Sheffield también avisa a los británicos que el conflicto no se resolverá por su simple presencia. El 21 de Mayo tocan tierra en la Bahía San Carlos.

Sin movilidad y con carencias logísticas, la defensa aceptada por el General Mario Benjamín Menéndez tiene pocas opciones para ir por los británicos. La posibilidad está en aguantar, para darle tiempo a las negociaciones, en Puerto Argentino.

La munición se agota y los hombres también. La idea inicial de recuperar las islas como golpe de efecto para forzar una negociación más rápida fue olvidándose hasta llegar a ese 14 de Junio.

El Escenario del Conflicto

El archipiélago de las Malvinas constituyo el área fundamental del Teatro de Operaciones. Pero fue la isla Soledad la que se convirtió en la zona de combate donde se decidió la suerte de la confrontación bélica.





Las fuerzas argentinas

Fuerza Aérea

A4-B/C Skyhawk

Caza bombardero



8,38 m

12,29 m

Velocidad: 800 km/h

Autonomía: 1000 km

Tripulación: 1

Armamento:

2 cañones de 30 mm; bombas de 250 y 500 kg

Mirage V Dagger

Caza para ataque terrestre y reconocimiento



8,24 m

15,55 m

Velocidad: 2200 km/h

Autonomía: 1926 km

Tripulación: 1

Armamento:

2 cañones de 30 mm; bombas de 250 y 500 kg



FMA IA 58 Tucará

Avión turbohélice de combate

Otros aviones

Mirage III, Canberra, C-130, F-28

HELICOPTEROS

Chinook CH-47

Transporte de tropas y carga



Otros helicópteros

Bell UH-1H

Efectivos

1000 Aproximadamente

Ejército



Fusil liviano automático (FAL), fusiles pesados (FAP) y ametralladoras de 7,62 mm

Efectivos

9824

Blindados

VC Panhard y TAM

Helicópteros

9 Bell UH-1H, 3 Augusta A 109, 5 Puma SA 330 y 2 Chinook CH-47

Artillería

Morteros, obuses Oto Melara de 105 mm, cañones Citefa y GA-3 de 155 mm y Czekalski de 105 mm, misiles tierra-aire Tiger Cat, Roland, Blowpipe y Sam 7

Armada

ARA 25 de Mayo

Portaaviones. Llevaba aviones A4-Q, Super Etendard y helicópteros Sea King

Portaaviones 1

Submarinos 4

Cruceros 1

Destructores 8

Corbetas 2

Otros barcos 14

Efectivos

1987

Aviones

Super Etendard

Caza bombardero

Otros aviones

Aermacchi MB 326, Mentor T-34 y Skyvan

Helicópteros

Puma SA 330

Gendarmería

40 efectivos



Las fuerzas británicas

Fuerza Aérea

Nimrod MR2

Reconocimiento electrónico y patrulla



Aviones 74

22 Sea Harrier

10 Harrier GR3

6 Vulcan

16 Nimrod

4 C-130

16 Victor

Helicópteros

Sea King, Wessex, Puma y Chinook



Efect. s/d

Sea Harrier

VISTOL (despegue y aterrizaje vertical) de caza y ataque, monoplaza



Velocidad: 1186 km/h

Autonomía: 3033 km

Tripulación: 1

Armamento: 2 cañones de 30 mm y misiles Sidewinder y bombas

Avro Vulcan

Bombardero mediano



Velocidad: 1038 km/h

Autonomía: 4827 km

Tripulación: 3

Armamento: 21 bombas de 454 kg en compartimiento interno

Armada



HMS Invincible

Portaaviones. Usualmente lleva 5 Sea Harrier y 9 Sea King. Velocidad máxima 28 n

Helicópteros 140

Sea King

Para lucha antisubmarina y transporte



Otros

Wessex, Gazelle, Lynx, Scouts, Westlands



Royal marines 3000

Portaaviones 2

Submarinos 4

Cruceros 3

Destruyores 9

Fragatas 15

Otros barcos 83

Ejército

Las principales armas con las que contaba el ejército eran rifles SLR de 7,62 mm y ametralladoras del mismo calibre. También llevaban armas para blindaje de 84 mm y misiles antitanque.



Efectivos 6000

Tanques



Scorpion y Samson

Artillería

Morteros, cañones de 84, 105 y 120 mm, misiles tierra-aire Blowpipe y Rapier, y misiles antitanque Milan



Operación Rosario: la ocupación de las islas

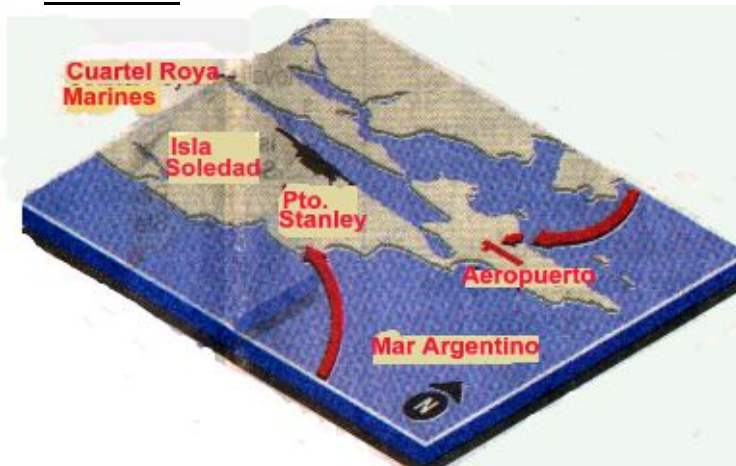
Fue ejecuta por una fuerza de tareas conjunta integrada por efectivos del Ejército, la Armada y la Fuerza Aérea. El planeamiento del desembarco estuvo a cargo del Contraalmirante I.M.Carlos Busser.

1. 28 de Marzo



El Rompehielo Almirante Irizar y el Buque de desembarco Cabo San Antonio zarpan de Colonia Sarmiento rumbo a Puerto Argentino (entonces Puerto Stanley).

2. 2 de Abril

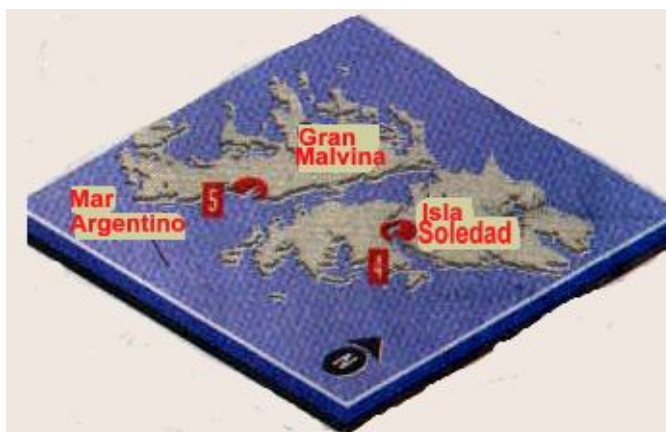


A las 21:30 del 1ºbuzos tácticos y comandos anfibios se infiltran en la zona de Stanley. A las 5:30 inician el ataque a Moody Brooks. La fuerza de desembarco a cargo de Büsser desembarca 6:30.

3. 2 de Abril



El batallón de Infantería de Marina 2 avanza sobre el pueblo. Una sección del Regimiento 25 a cargo del Teniente Coronel Seineldín toma el aeropuerto. A las 9:30 se produce el cese del fuego y el Gobernador Rex Hunt rinde su posición al General Osvaldo J. García.

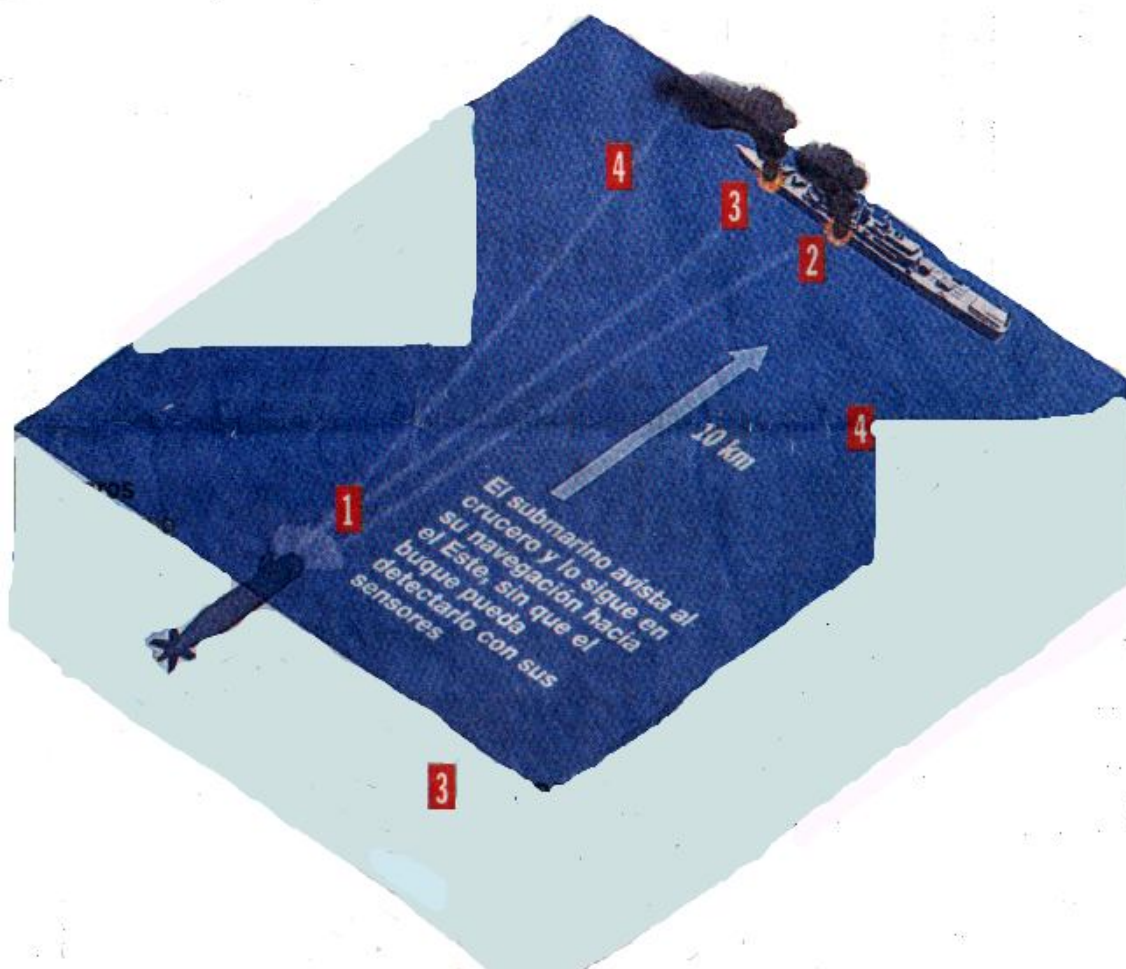


4 y 5.

Una sección de Infantería helitransportada ocupa la zona de Pradera del Ganso.

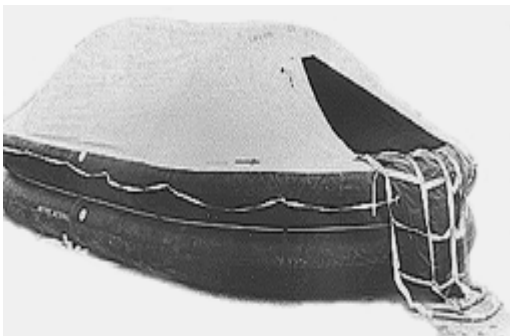
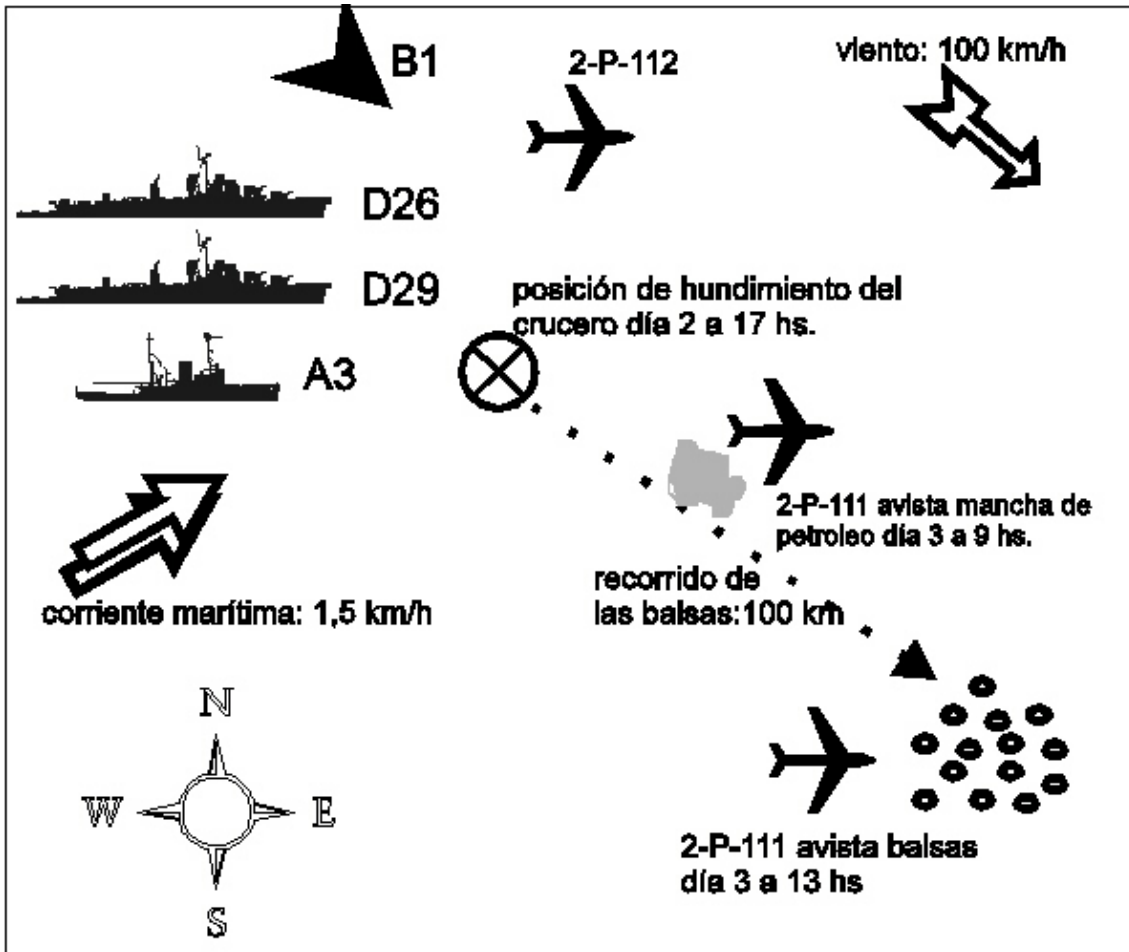
En una operación anfibia, una compañía reforzada desembarca en Bahía Fox.

Hundimiento del A.R.A. General Belgrano

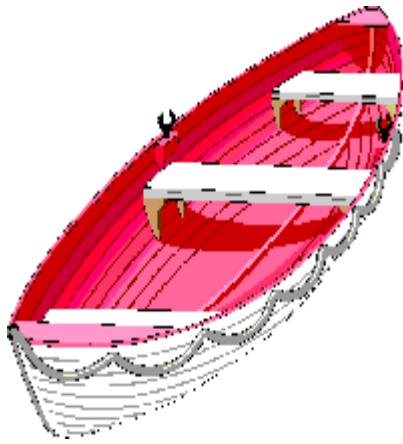


1. **Disparos:** El submarino dispara el primer torpedo.
2. **1° Torpedo:** Impacta en el centro del buque, y produce una importante vía de agua y una explosión en la máquina de proa incendiando todas las cubiertas.
3. **2° Torpedo:** Segundos después, otro torpedo produce la destrucción y caída total de la proa en un tramo de 15 metros.
4. **3° Torpedo:** Este pasa de largo y se dirige hacia uno de los buques de escolta del Belgrano sin alcanzarlo.





El techo de plástico impermeable es sostenido por 3 armazones neumáticos. La puerta de entrada que se observa es similar a la existente en el otro extremo. Se cierran con un toldo y cremallera o soga. Una escalera de lona ayuda al ascenso de los náufragos. Los flotadores están divididos en celdas independientes para poder mantener la flotabilidad en caso de roturas parciales. Un cabo salvavidas rodea el flotador superior y sirve para tomarse del mismo antes de subir.

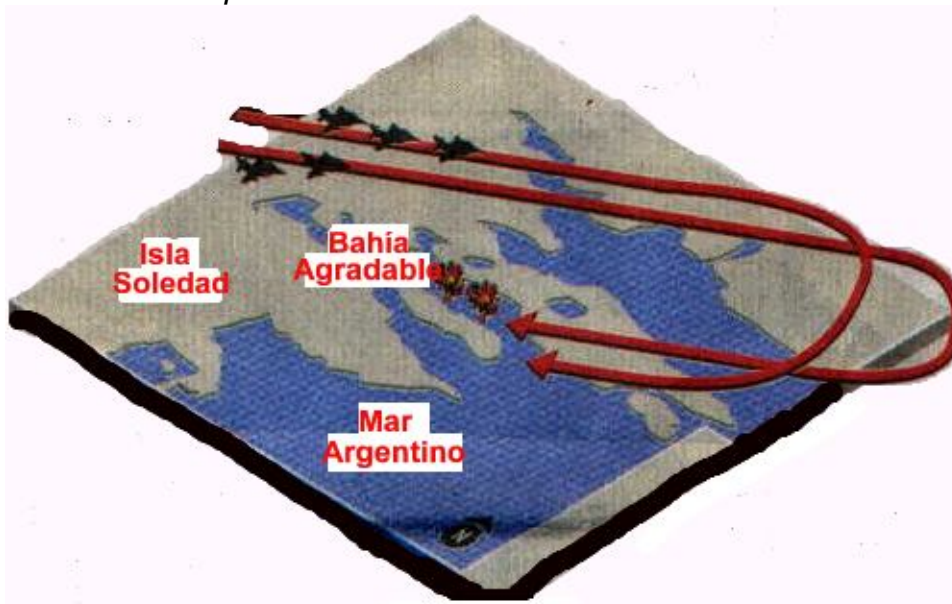


Estas balsas salvavidas distan mucho de los botes salvavidas que llevaban antiguamente los buques de guerra como los mercantes. No hay duda que en el caso del ARA General Belgrano nadie podría estar con vida si las embarcaciones de abandono hubieran sido como este bote descubierto. El intenso frío por un lado y el permanente vaivén entre las olas de 6 a 8 mts de altura hubieran diezmado al 100% de la dotación.

Batalla de Bahía Agradable

El 8 de Junio el avance británico se consolidaba desde el oeste del Puerto Argentino e intentaron generar otro frente en el Sur, en Bahía Agradable. A diferencia de lo ocurrido en San Carlos, la Fuerza Aérea Argentina pudo ubicar a los buques de desembarco en plena maniobra y destruyó a los transportes de tropas Sir Tristram y Sir Galahad, junto con otras unidades menores.

- *Primer Ataque:*



1. **10.26** Dos escuadrillas parten desde las bases de Río Grande y Río Gallegos hacia Bahía Fitz Roy.
2. **14.00** Se dirigen hacia Bahía Agradable, donde habían divisado tareas de desembarco.
3. **14.01** Lanzan sus bombas contra los buques Sir Tristram y Sir Galahad destruyendo al primero y hundiendo al segundo.



Las Bajas Británicas

Primer ataque



Un buque logístico RFA Sir Galahad hundido
1 buque logístico RFA Sir Tristram destruido

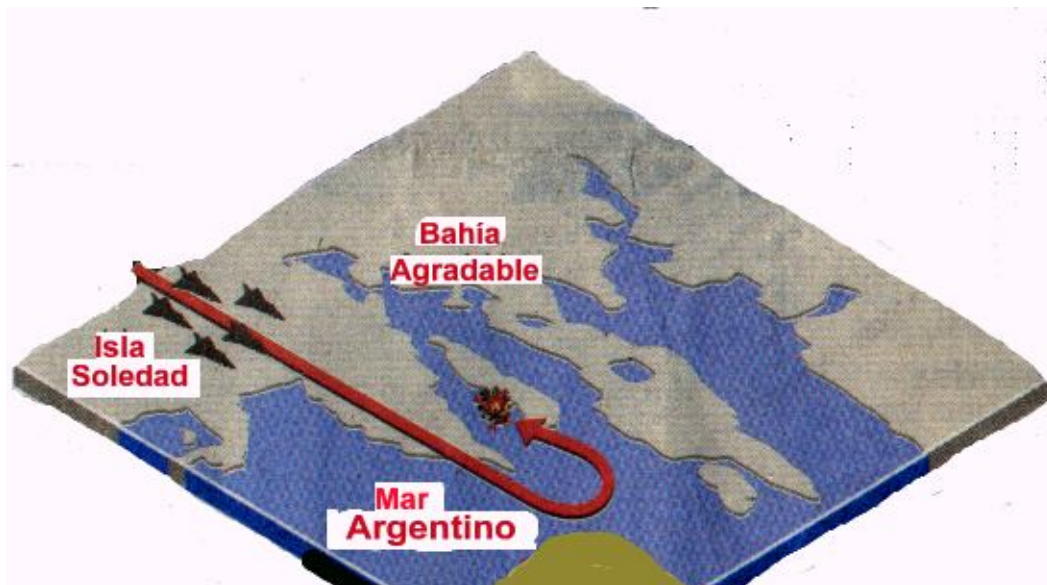


33 guardias, 11 tripulantes y 7 Royal Marines fallecidos



46 heridos

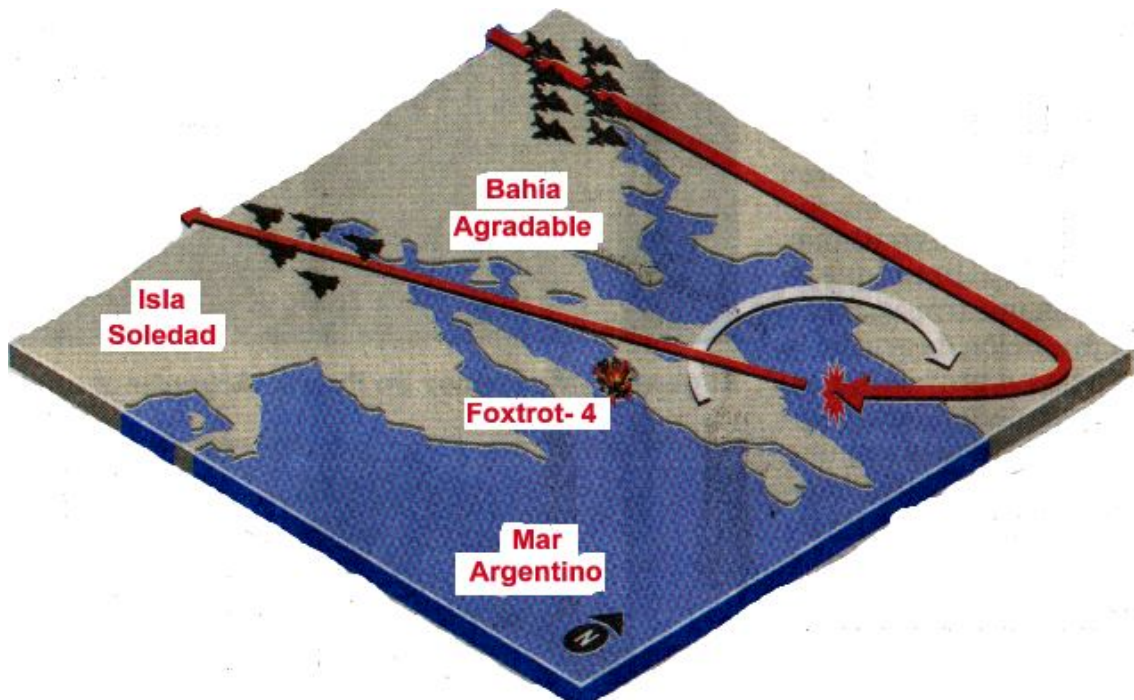
- *El segundo Ataque:*



- 4.** 14.30 2 escuadrillas de 5 aviones M-V Dagger parten de Río Grande hacia Bahía Fitz Roy.
- 5.** 14.30 A la altura de la isla Agradable divisan una fragata tipo CL-22 que se dirigía a brindar apoyo a los buques de desembarco.
- 6.** 14.31 Ambas escuadrillas descargan sus bombas contra la fragata y la dejan fuera de combate.



- *El tercer Ataque:*



- 7. 13.45** Dos escuadrillas de 8 aviones A4-B y A4-c parten del Río Gallegos para Bahía Agradable.
- 8. 15.00** Los aviones se encuentran con una gran resistencia por parte de la fuerza aérea británica.
 - Un avión logró hundir el Foxtrot-4 antes de ser alcanzado por un misil.
 - Otros dos aviones caen, uno alcanzado por un misil y el otro que se estrelló contra un acantilado.
- 9. 15.01** sólo cinco aviones consiguen escapar ilesos.

Las Bajas británicas
Tercer Ataque



**1 lanchón de desembarco
Foxtrot - 4 hundido**



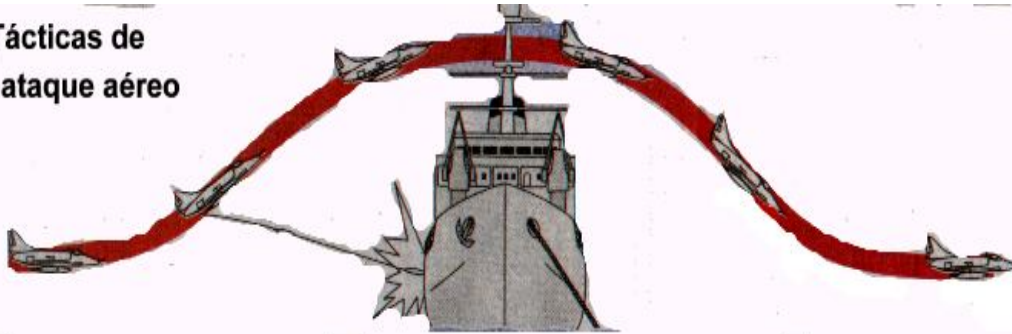
6 efectivos fallecidos

Las bajas argentinas



**3 A4 - B derribados y
3 pilotos fallecidos**

Tácticas de ataque aéreo



1 El piloto se acerca al blanco a menos de tres metros de altura a 800 km / h

2 Al llegar al blanco se eleva para soltar las bombas y pasar por encima del mismo.

3 Una vez esquivado el blanco, vuelve a ras del agua hasta quedar fuera del área.

Hundimiento del HMS Sheffield

Los aviones Navales Super Étendard habían sido recientemente adquiridos por la Armada Argentina, pero sólo habían sido recibidos cinco de los catorce y unos pocos misiles Exocet; los británicos estimaron que no estaban en condiciones de uso, por lo que el golpe al Sheffield el 4 de Mayo fue una sorpresa y obligó a mayores precauciones para la flota.

Misil AM-39 Exocet Características técnicas



4,69 m



0,8 m

Velocidad: 0,93 mach
Alcance: 65 km.

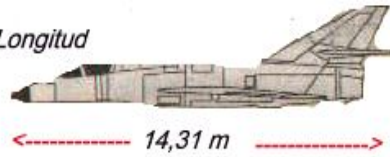
Es un misil que vuela a 3 metros sobre el nivel del mar

El Super Etendard



Velocidad: 1180 km / h.
Radio de Acción: 850 km
Peso al despegue: 12.000 kg.

Longitud



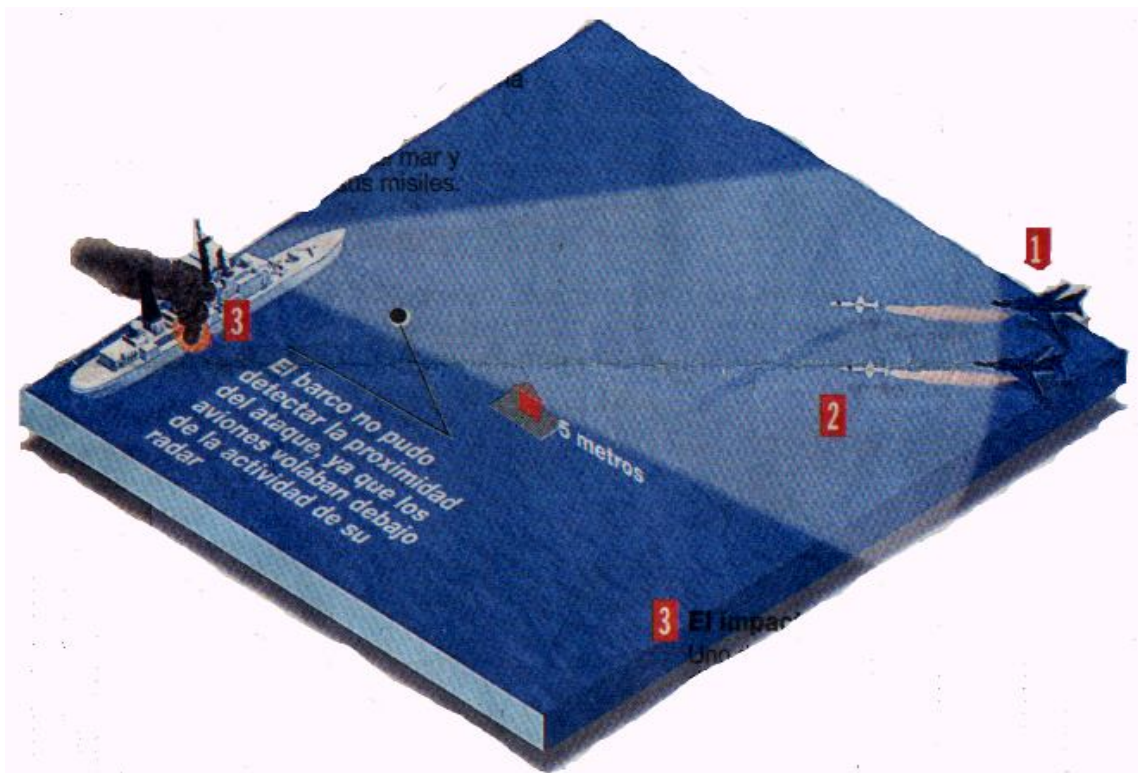
14,31 m

En misión de ataque
puede llevar 1 misil Exocet
y dos tanques externos
de combustible.

Envergadura

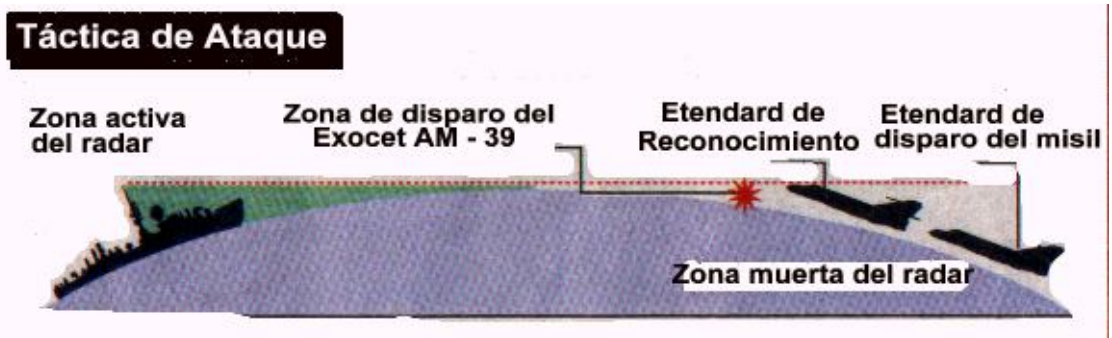


9,60 m



- 1. Se detecta el blanco.** Dos aviones Super Etendard detectan una unidad naval grande. Se elevan de la zona muerta del radar, de 5 metros de altura sobre el nivel del mar y programan sus misiles.
- 2. Lanzamiento de misiles.** A 50 km del objetivo los aviones lanzan sus misiles Exocet hacia ese blanco grande que, supuestamente, sería el portaaviones Hermes.

3. **El impacto.** Uno de los misiles hace impacto del lado de estribor del destructor Sheffield. Afecta las salas de controles y máquinas. Días después fue hundido por los ingleses al no poder ser recuperado.



HMS Sheffield

Características técnicas:
 Velocidad : 30 nudos
 Desplazamiento 3880 t
 Armamento :
 Misiles Sea Dart, cañón de 114 mm, 2 tubos lanza-torpedos, cargas de profundidad y ametralladoras, 1 helicóptero Lynx MK8

Eslora
 125 m

Manga
 14,3 m

El mapa muestra la zona de combate en el Atlántico Sur, incluyendo las Islas Malvinas, Río Grande y T. del Fuego. Se indica el 'Hundimiento' del HMS Sheffield y una zona donde 'Aquí se restablecen de combustible de un C-130'. El recuadro muestra el interior del barco con humo y destrucción.



De San Carlos a la Rendición Argentina

Tras comprobar que un asalto directo a Puerto Argentino era poco factible, los británicos hicieron pie en San Carlos el 21 de Mayo; desde allí iniciaron el avance terrestre que los llevó a las puertas de la capital malvinense; a partir del 10 de Junio se producen los combates en las colinas y sin munición de artillería y con la defensa desbordada, la tropa Argentina se rinde el 14 de Junio.



El plan británico de desembarco: La elección de San Carlos para el desembarco, decidida el 10 de Mayo, se debió a que se quería tomar Puerto Argentino por la retaguardia. Si bien se esperaba una contraofensiva aérea, poseían la información errónea de la inexistencia de efectivos argentinos en el lugar.

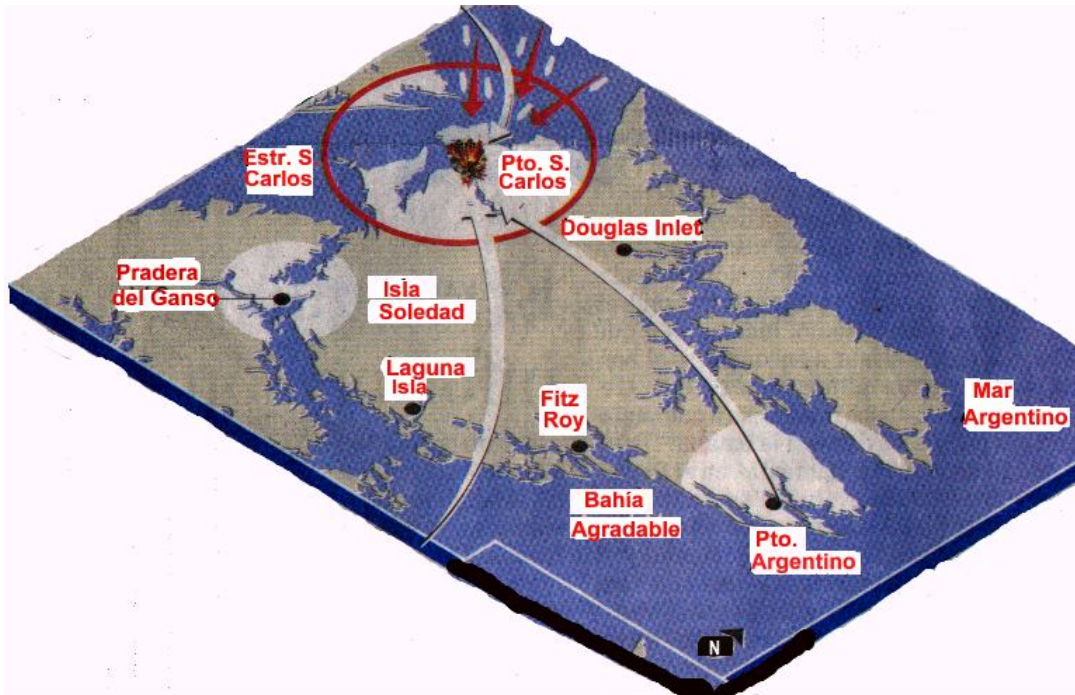
El 21 de mayo los británicos comenzaron la ejecución de su plan que preveía desembarcar 3000 hombres, desde una flota de 11 barcos, en un lapso de 6 horas.



Referencias

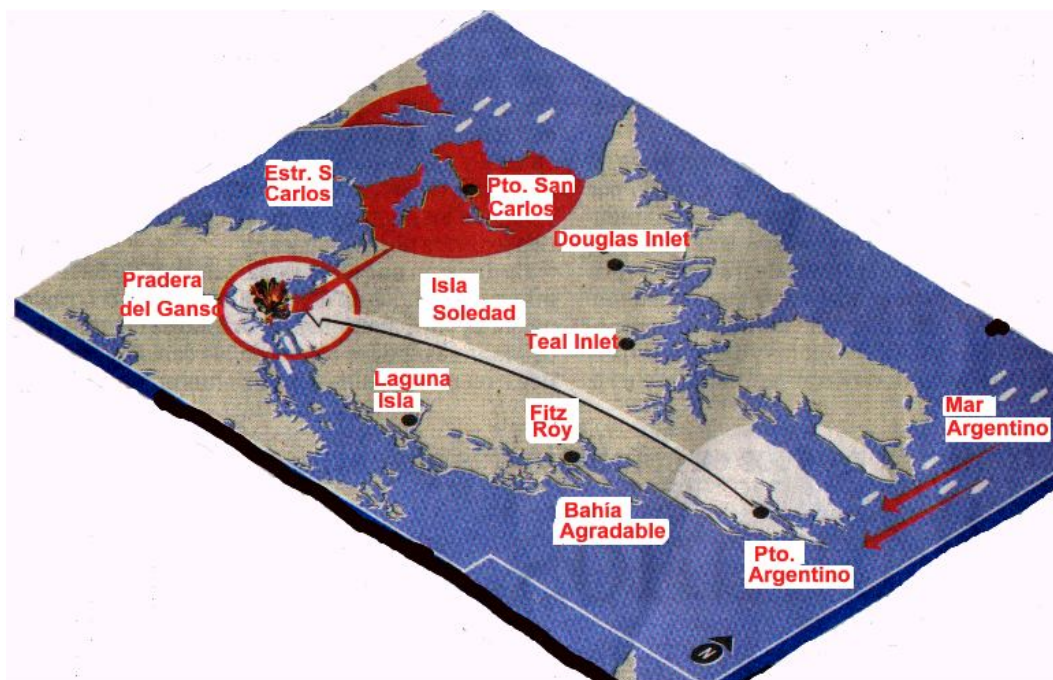
-  *Control Argentino*
-  *Control Británico*
-  *Batalla*
-  *Avance fuerzas Inglesas*
-  *Fuerza Aérea Argentina*

- Bahía San Carlos, 21 al 25 de Mayo:



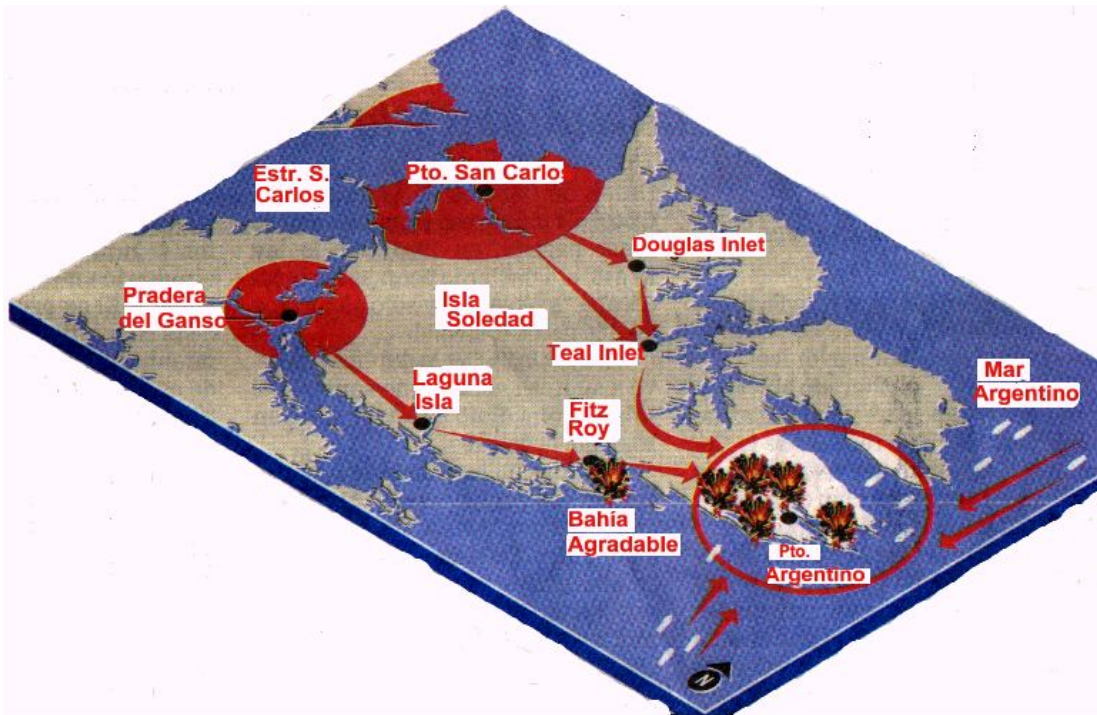
1. **21 de Mayo, 1.30.** Se inicia el desembarco inglés sobre las playas de San Carlos, pero es frenado por las dos secciones del regimiento de Infantería 12 que se encontraban defendiendo el lugar.
2. **21 al 24 de Mayo.** Por su parte, la fuerza aérea, proveniente del continente y de Puerto Argentino, consiguió hundir tres barcos de la flota inglesa: el HMS Ardent, el HMS Antelope y el HMS Coventry, y averiar otros tantos.
3. **25 de Mayo.** Pese a haber recibido numerosas bajas, la superioridad numérica de los ingleses consigue replegar a las fuerzas argentinas.

- *Pradera del Ganso, 27 al 29 de Mayo:*



- 4. 27 de Mayo, 23.00.** Las fuerzas navales inician un intenso bombardeo sobre Pradera del Ganso mientras el ejército atacaba desde el Norte con artillería pesada y helicópteros.
- 5. 28 de Mayo.** En las primeras horas de la mañana los británicos se repliegan debido al ímpetu de dos contra ataques efectuados por la infantería Argentina y aviones Pucará y Aermachi provenientes de Puerto Argentino.
- 6. 28 y 29 de Mayo.** En la tarde del 28 se reanuda el ataque británico. Por la noche, las defensas estaban destruidas o sin municiones. En la mañana del 29 las tropas argentinas rinden su posición.

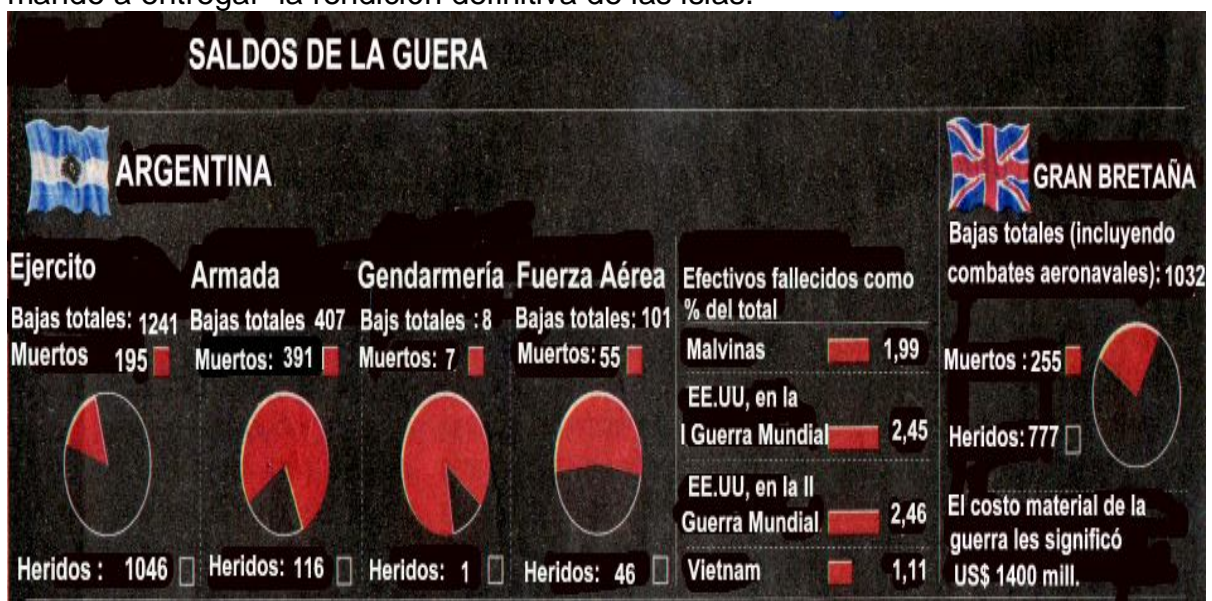
- Puerto Argentino, 11 al 14 de Junio



7. **1° al 10 de Junio.** Las Fuerzas Argentinas en Puerto Argentino debieron sufrir el incesante bombardeo de la flota y la fuerza aérea británica.

8. **11 y 12 de Junio.** Sin cesar los bombardeos sobre Puerto Argentino desde el norte y sur del mismo, las tropas británicas consiguen las posiciones de Mte. Longdon, Mte. Harried y Dos Hermanas, al Oeste.

9. **13 y 14 de Junio.** Los británicos consiguen bloquear por tierra (ya que conquistaron las alturas próximas a la localidad), mar y aire a las fuerzas argentinas en Puerto Argentino. El conocimiento de esta situación llevó al alto mando a entregar la rendición definitiva de las islas.



Síntesis Cronológica de la Guerra

2 de Abril



- Las fuerzas conjuntas Argentinas desembarcan en las islas, sin ocasionar bajas a los británicos ni a los malvinenses. Gran Bretaña alerta a su flota y el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas decide tratar la cuestión.
- En la plaza de Mayo, Galtieri da un mensaje al País.

3 de Abril

- Oficialmente se informa que las Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur están bajo soberanía Argentina.



- Londres resuelve el envío de la Task Force (fuerzas de tareas) a Atlántico Sur.
- El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas aprueba la Resolución 502, que exige el retiro Argentino de las islas y la iniciación de negociaciones.
- El General Mario Benjamin Menéndez es nombrado Gobernador Militar de las islas Malvinas.
- Fuerzas Argentinas ocupan las islas Georgias.

5 de Abril

- Renuncia el Canciller inglés, lord Carrington. La escuadra británica parte de su apostadero en Portsmouth.
- La Comunidad Económica Europea respalda la decisión inglesa de aplicar sanciones económicas a la Argentina.
- Perú define su posición a favor de la Argentina.

6 de Abril



- Designado por el presidente Reagan para interceder en el conflicto, el General Alexander Haig conferencia en Washinton con el Canciller Argentino, Nicanor Costa Méndez.

9 de Abril

- Alexander Haig se entrevista con Margaret Thatcher, quien se muestra intransigente.
- Se anuncia que la Fuerza Naval Inglesa navega a la altura de las islas Azores.

10 de Abril

- Galtieri mantiene una reunión con Haig mientras se lleva acabo otra manifestación popular de apoyo a la recuperación de las islas Malvinas.

11 de Abril



- Mientras se anuncia que las conversaciones no han llegado a solución alguna, Juan pablo II exhorta a ambos países a deponer actitudes extremas.

12 de Abril

- Desde Londres, Haig comunica telefónicamente a Costa Méndez que la posición de Gran Bretaña es irreductible.
- Las naves de la Task Force bloquean las islas. La flota del Mar Argentino permanece en sus apostaderos.

19 de Abril



- Costa Méndez anuncia el pedido de aplicación del Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca (TIAR) ante la OEA.

25 de Abril



- Marineros británicos retoman las Georgias del Sur: capturan 190 prisioneros.
- El Teniente de Navío Alfredo Astiz, al mando de los efectivos, firma la rendición sin oponer resistencia.

30 de Abril

- Las autoridades Argentinas disponen que las aeronaves y buques británicos sean considerados hostiles.

1º de Mayo

- El Estado Mayor Conjunto difunde las acciones bélicas en el Atlántico Sur: la aviación británica ataca en cuatro ocasiones a Puerto Argentino.
- Los intentos de desembarcos son rechazados por las fuerzas Argentinas. Una fragata inglesa resulta averiada a cinco aviones Harrier destruidos.
- Se convoca la clase 1961. Galtieri habla al País: recalca que la Argentina “responderá al ataque”.

2 de Mayo



- Fuera de la zona de exclusión, declarada por los británicos, el submarino atómico inglés Conqueror hunde al Crucero ARA General Belgrano: 323 víctimas, entre desaparecidos y muertos.
- Es atacado el Aviso Sobral. Mueren 8 tripulantes, entre ellos el Comandante

4 de Mayo



- Aviones navales Argentinos Super Etendard, equipados con misiles Exocet, hunden al destructor inglés Sheffield: 20 muertos.

7 de Mayo

- Londres amplía el bloqueo naval a solo 12 millas del litoral marítimo argentino.

12 de Mayo

- Desde Southampton, a bordo del trasatlántico Queen Elizabeth, parten hacia el Teatro de Operaciones 3000 soldados británicos, entre ellos un regimiento de gurkas.

14 de Mayo

- Llegan a Buenos Aires los 189 argentinos capturados en las Georgias. Entre ellos los trabajadores cuya presencia en el archipiélago generó el enfrentamiento.
- Ataque nocturno británico en las islas: 11 aeronaves argentinas destruidas en tierra.

15 de Mayo

- Embarcaciones británicas cañonean Puerto Calderón, en la isla de Borbón, afectando a 10 aviones argentinos.

16 de Mayo

- Ataque aéreo británico a barcos mercantes argentinos: hunden el Río Carcañar y averían el Bahía Buen Suceso.



- Nuevos ataques aéreos a Isla Soledad.

19 de Mayo

- Los ingleses persisten en el hostigamiento aéreo y con unidades de superficie.

20 de Mayo

- Javier Pérez de Cuéllar, Secretario General de la ONU, anuncia que sus gestiones a favor de la Paz resultaron inútiles.
- El gobierno peruano presenta una propuesta, que también fracasa.



- Un Sea King de la marina británica en misión secreta se estrella cerca de Punta Arenas, Chile.

21 de Mayo



- Luego de sufrir daños de magnitud en cuatro fragatas y el hundimiento de otra (la Ardent, con 22 muertos), perder tres aviones Harrier y dos helicópteros, los británicos establecen una cabecera de playa en Puerto San Carlos, el 25 de Mayo.

23 de Mayo

- Renovados ataques aéreos argentinos provocan pérdidas navales inglesas. El 25 se retiran pero logran hundir un destructor y un transporte de tropas británicos.

24 de Mayo

- Es hundida la fragata británica Argonaut. Muere un experto en explosivos al intentar desactivar una bomba que había quedado sin explotar dentro de la Antelope: 175 tripulantes abandonan la embarcación.

25 de Mayo

- Aviones Argentinos averían a tres fragatas misilísticas y al transporte pesado Atlantic Conveyor, que se hundiría 6 días después: 12 muertos.
- Es bombardeado el destructor Coventry: 19 británicos muertos.
- La aviación inglesa ataca Puerto Argentino: pierden tres Harrier.

28 de Mayo

- En Londres, Juan Pablo II formula un encendido reclamo por una paz justa y honrosa.
- Tropas inglesas, engrosadas por nuevos contingentes, avanzan sobre Darwin y Pradera del Ganso.



- En una reunión del TIAR queda aprobada una resolución favorable a la Argentina.

30 de Mayo



- Después de un intenso operativo la Aviación Argentina avería al Portaaviones Británico HMS "Invencible". Londres nunca lo confirmó.

2 de Junio

- Fracasan las gestiones de Paz de la ONU.
- Las avanzadas británicas se encuentran a 20 km de Puerto Argentino.

8 de Junio

- La Fuerza Aérea Argentina rechaza un intento de desembarco inglés en Fitz Roy y Bahía Agradable. Es hundida la fragata Plymouth y los transportes de tropas Sir Galahad y Sir Tristram.

11 de Junio

- Llega Juan Pablo II a la Argentina para convocar a una reunión de Paz.

12 de Junio

- Mediante el uso del ITB es alcanzado el HMS Glamorgan: 13 muertos.
- Las tropas inglesas avanzan hacia Puerto Argentino en busca de la batalla final: 400 prisioneros.

13 de Junio

- Las fuerzas británicas penetran las defensas Argentinas.

14 de Junio



- Los Generales Jeremy Moore y Mario Benjamín Menéndez, respectivamente comandante de las fuerzas británicas y gobernador militar de las islas Malvinas, acuerdan el alto al fuego y la rendición.
- En Buenos Aires, conocidos los hechos, por la noche se realiza una manifestación en rechazo a la rendición.

Bibliografía:

1. **Armada Argentina**, "Historía Marítima", *Secretaría General Naval Departamento de Estudios Históricos Navales*, Cuántica Editora, Tomo 10, Buenos Aires, (1982).
2. **Amato Alberto, Guagnini Lucas**, "Historias de Amargura y Dolor en el Último Día de la Guerra", Clarín, (16 de Junio de 2002).
3. **Carballo Pablo Marcos**, "Dios y los Halcones", Ediciones Rex, Buenos Aires – Argentina, (1999).
4. **Errecaborde José Alberto**, "Desembarco Separata N° 14: La agrupación de Infantería de Marina Malvinas", Gesta Malvinas 1982, Año XXXIX, N° 155, (Agosto 1995).
5. "**Historia marítima Argentina**", Editado por el Departamento de Estudios Históricos Navales, Primera Edición, (Marzo de 1986). Tomo I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, Buenos Aires, (1985).
6. **Hughes Jr. Wayne**, "Tácticas de Flote y del Combate Costero", 151° Título de las ediciones del Instituto de Publicaciones Navales, Nueva Edición, Buenos Aires – Argentina, (2001).
7. **Kasanzew Nicolas**, "Malvinas a Sangre y Fuego", *suplemento N° 7 de la Revista Siete días*, Editorial Abril, Buenos Aires, (Agosto de 1982).
8. **Oyarzábal Guillermo Andrés**, "Argentina hacía el Sur: La Utopía del Primer Puerto Militar (1895 – 1902)", 152° Título de las Ediciones del Instituto de Publicaciones Navales, Primera edición, Buenos Aires – Argentina, (2002).
9. **Recuerdos de la Guerra**, La Nación, (30 de marzo de 2002).
10. **Remotti A. Rodolfo** (Director), "Boletín del Centro Naval", N° 779, Vol. 113, Año 114, (Julio, Agosto y Septiembre de 1995).

11. **Reynolds G. Clark**, “Las Armadas en la Historia”, *148° Título de las Ediciones del Instituto de Publicaciones Navales*, Primera Edición, Buenos Aires – Argentina, (2000).
12. **Thompson Julian**, “La Savia de la Guerra: La logística del Conflicto Armado”, *147° Título de las ediciones del Instituto de Publicaciones Navales del Centro Naval*, Primera Edición, Buenos Aires – Argentina, (2000).
13. **Waispek Carlos Albaerto**, “Balsa 44, Relato de un Sobreviviente del Crucero A.R.A. General Belgrano”, Editorial Vinciguerra, Tercera Edición, Buenos Aires, (Abril de 1994).

Páginas de Internet:

1. www.malvinasonline.com.ar
2. www.BBCmundo.com
3. www.interhabit.com
4. www.clarin.com
5. www.lanación.com.ar
6. www.elmundoes.com
7. www.rionegro.com.ar

MÓDULO 3

7. Enfoques Psicológicos

- a) Reflexiones Sobre la Idea del Hombre***
- b) Las vivencias a través del Tiempo***
- c) La Post Guerra de los Veteranos***
- d) Suicidio***
- e) Factores Psicodinámicos***

a) Reflexiones Acerca del Concepto de
Persona

Reflexiones sobre la Idea de Hombre

Se ha comprobado científicamente a través de los radioisótopos (carbono 12, carbono 14) que el ser humano, digamos, hasta ahora de lo conocido tiene una existencia de siete millones de años sobre el planeta tierra.

En esta larga prehistoria y protohistoria el hombre ha transcurrido por diversas formas de conciencia de acuerdo a las concepciones de Gebser.

Primero existe un largo período de años de un tipo de pensamiento que este antes denomina conciencia arcaica, un sentido estricto, la cual consiste en una pura y concreta conciencia condicionada exclusivamente para la sobrevivencia y el cumplimiento instintual (nutrición, sexualidad y poder).

En el devenir histórico le sucede al ser humano otro tipo de pensamiento que hasta este momento se encontraba en una pura potencialidad: me refiero al pensamiento mágico que se fundamenta “en el Animismo”. Magia viene del sanscrito “MAHA” que significa grande milagrosa siendo por lo tanto la magia, según la expresión de REINACH la “estrategia del animismo”, este nivel superior de pensamiento o conciencia no excluye el nivel anterior sino que, por el contrario, lo engloba.

Aclaro, reiterando que no es una forma de pensamiento que se suma al anterior como estímulo externo, sino que existía en estado potencial y ahora se hace manifiesto.

Sintéticamente puedo decir que el animismo consiste en otorgar “alma” a las cosas, a los seres humanos y a los fenómenos cósmicos de tal manera que mediante rituales y ceremonias mágicas podamos influir sobre ellos.

Nuevamente aclaro que el pensamiento mágico es un pensamiento aloplástico, es decir, que los sucesos ocurren en el mundo exterior. El pensamiento mágico es un pensamiento concreto, no abstracto y carente de simbolización.

Luego de la conciencia arcaica y mágica surge la conciencia mítica, que consiste en la proyección del inconsciente colectivo de los pueblos expresada a través de narraciones mitológicas.

Las narraciones míticas, mediante las historias de dioses, semidioses, gigantes, gnomos, héroes, monstruos, y además el hombre, encierran estructuras nucleares que corresponden a situaciones típicas de la humanidad.

Como cuarto y último nivel de la humanidad es la conciencia racional, que podemos inferir su origen desde el milagro griego que desde el siglo IV a.c. ha producido las grandes conquistas de la filosofía, el arte y la ciencia.

En el despliegue antropológico se ha observado una fundamentación ontológica que contempla al hombre como un ser que agoniza, que navega entre el mar de sus necesidades, hundiéndose entre las aguas turbulentas de Dionisos y el horizonte de la libertad y luminoso de Apolo.

Desde la penumbra de los tiempos, el hombre manó de ése haz de luz que lo elevó de los demás seres a través de lo que el devenir histórico lo llamó **Logos**, el hombre tuvo el poder del Conocimiento, de los entes intramundanos, y también de su propio ser contemplado como sujeto y objeto al mismo tiempo.

En el tiempo Mítico tenemos indicios sobre la inquietud que tuvo el hombre con respecto a sí mismo. Por ejemplo en el Mito de Edipo, con el cual se comienza la nuestra indagación antropológica, existe un preciso momento, una situación significativa y crucial impregnada de tonalidad antropológica; el momento del enfrentamiento entre la Esfinge y Edipo.

Simbólicamente es el enfrentamiento entre dos principios, entre dos polos opuestos donde La Esfinge es una de las manifestaciones metamorfoseadas del Arquetipo de la Gran Madre Devoradora, y representa la ciénaga Lodosa, el período del Hetairismo según los conceptos de Bachofen. Edipo, cuyo nombre significa "**pies hinchados**" simbólicamente "**rengo del alma**", es el héroe solar que representa la **Autoconciencia** en el devenir de la humanidad.

Esta lucha se produce a través de la dialéctica entre la Enigma que la Esfinge propone a Edipo, y la respuesta que debe manifestar el héroe. **Sabemos que el hombre es el único animal que puede interrogar, y que es el único animal que puede dar respuesta, es decir, el único ser responsable.**

Esta situación de lucha nos está expresando esenciales instancias del hombre, como son la interrogación, el pensamiento, la palabra, y la respuesta. Edipo sólo podía vencer a la Esfinge con el **Pensamiento y el Verbo**, es decir, el **Logos**, que es una facultad específicamente humana.

"- ¿Cuál es el animal que por las mañanas camina en cuatro patas, la mediodía en do, y por la tarde en tres?

- ***¡Oye, aunque no lo quieras, mi voz y tu perdición, Musa Malhadada. Ese animal es el HOMBRE, pues anda a gatas en su infancia, camina sobre dos pies en su edad adulta, y se apoya en un bastón en su vejez!***

La Esfinge se declaró vencida, y se arrojó a las aguas."

Tanto por la índole de la pregunta, como por el carácter específicamente humano del enfrentamiento, inferimos, evidentemente, que en esos tiempos existía ya una verdadera preocupación por el ser del hombre. Esta preocupación habría de desplegarse, a través de la historia del pensamiento como el problema de los problemas., porque es él el sujeto de todos los problemas y es él quién los plantea.

El hombre otorga el sentido que poseen los entes para él, y por ese sentido que otorga, es que comprende lo que son los entes, y, a través de esa otorgación de ser de los entes, el hombre encierra el problema de todos los problemas, el Fundamento de todos los problemas.

El Hombre también puede ser Persona

En una nueva lectura metafísica u ontológica que fue surgiendo desde los orígenes de la Filosofía Cristiana. En efecto, la antropología de la cristiandad afirma no sólo la pervivencia de la especie **Hombre**, sino la pervivencia de cada individuo en tanto **Persona**. El vocablo latino “*persona*” tiene, entre otros significados, el de “*máscara*”. Está relacionado con la máscara que cubría el rostro de un actor cuando éste desempeñaba su papel en el teatro, sobre todo en la tragedia. Persona es “*el personaje*”.

También se relaciona al término *persona* del verbo *persono* (infinitivo, personare), “sonar a través de algo” – de un orificio o concavidad -, “hacer resonar la voz”, como la hacía resonar el actor a través de la máscara. El actor “enmascarado” es, así, alguien “personado”, *personatus*.

Hay consenso generalizado sobre el alcance que los griegos le han atribuido al término estaba orientado a definirlo como “*parte del cosmos*” o “*miembro del Estado – Ciudad*”. En otras palabras, la idea de “máscara” sugería la de algo “sobrepuesto” a la pura y simple individualidad.

No obstante se desprende que el sentido antropológico dado por algunos pensadores, el hombre disfrutaba de algún modo de una cierta “personalidad” que trasciende “*ser parte de, o miembro de*”.

En el pensamiento cristiano el término *persona* fue elaborado, por lo menos en los comienzos, en términos teológicos, a menudo por analogía con términos o conceptos antropológicos. Fue la idea de que la “hipóstasis” tiene una propiedad que no pertenece a la “ousía” entendida como “comunidad”.

En San Agustín el sentido dado al término está enfatizado sobre la “intimidad” dejando de lado la relativa “exterioridad” dada hasta entonces.

En una obra teológica sobre la Trinidad, Boecio describe a la Persona teniendo en cuenta la substancia única de Dios, y en ella a las Personas como relaciones, en la tradición agustiniana. En sus trabajos trinitarios se oponía a los Sabelianos y a los Arrianos. Aquí, en cambio, se enfrenta a los Nestorianos y Monofisitas: a los Nestorianos les opondrá la doctrina de **una persona** en Cristo, y a los Monofisitas, **dos naturalezas** en dicha Persona.

La diferencia entre naturaleza y Persona no existía en el pensamiento griego. Para Boecio, **el hombre posee exclusivamente la naturaleza “humana”, en tanto que Cristo posee dos naturalezas: la humana y la divina, pero una solo Persona**. Boecio no habrá de admitir que se confunda naturaleza con Persona: no toda naturaleza es Persona, aunque toda Persona debe ser alguna naturaleza. Durante el desarrollo del concepto llegó a un triple discernimiento:

1. La Persona es **substancia**, entre **los diez predicamentos**.
2. En el árbol de Perfirio, es una **Substancia Racional**.
3. Teniendo en cuenta el grado de concreción o universalidad, la persona es predicada sólo de los individuos.

Boecio definió el término *Persona* y fue tomado como paradigma por casi todos los pensadores medievales: *Persona est naturae rationalis individua substantia* “**la Persona es una substancia individual de naturaleza racional**”.

El concepto está dado en que, el ser de la persona es un ser *suyo*, en el sentido propiedad. Es sustancia individual definiendo lo singular en el género de la sustancia, y agregando, que es de naturaleza racional para mostrar que se trata de una sustancia individual del orden de las substancias racionales. Es decir que el concepto tradicional del término *Persona* se basa en conceptos metafísicos y teológicos.

En el Renacimiento con la guerras de religión, el descubrimiento (o corroboración) de la redondez de la tierra y el descubrimiento de la posición de la Tierra en el universo astronómico, es decir de la concepción del Geocentrismo al Heliocentrismo Copernicano, le ha asestado un tremendo golpe a la cosmovisión científica griega Aristotélica.

Con esa herida narcisista, el hombre perdió su punto de apoyo en todo lo que consideraba como indubitable y entró en una crisis que lo orientó a buscar un nuevo pilar que lo sustente . En ese humanismo renacentista, el hombre individual toma el privilegio frente a la sociedad y al mundo.

René Descartes halla su certeza en la **conciencia (ego cogitans)**; no el hombre sino la **Razón Pura** (ratio), que se posee a sí misma de forma autónoma, y desde sí misma, es decir, desde unas “**ideas innatas**”, puede alcanzar toda la verdad. Aquí se halla el punto de partida del dualismo cartesiano entre cuerpo y alma: con ello **no sólo desaparece una unidad substancial m sino que en el fondo, hasta se elimina la posibilidad de una acción mutua entre el alma y el cuerpo.**

A partir de aquí se debilita el reconocimiento del carácter **substancial de la Persona**, se acentúa su naturaleza de relación, y especialmente de **autorrelación o relación del hombre consigo mismo**. El concepto de Persona, en este sentido, **se identifica con el Ego como Conciencia**, y se analiza preferencialmente lo que se denomina “**Identidad personal**”, es decir, la Unidad y la Continuidad de la vida consciente del Yo.

La dualidad **Res cogitans y Res extensa** elimina la posibilidad de una antropología que estuviese en condiciones de comprender la unidad y totalidad viva del hombre.

Sobre ese paradigma, el pensamiento filosófico de la Edad Moderna se discurre, por una parte **el Racionalismo**, subordinado sólo a la dimensión espiritual, reduce el ser del hombre a un puro **sujeto pensante**, que se entiende como “razón autónoma”, y que más tarde, con el **Idealismo**, se erigirá en la “**Razón Absoluta**”: toda realidad es interpretada como un acontecer espiritual. Por otra parte el **Empirismo inglés**, subordinado a la realidad empírico-material, se impone, bajo la impresión de las ciencias de la

naturaleza, como la única realidad objetiva científicamente demostrable, reduciendo al conocimiento humano a la percepción de sus sentidos.

Si bien Immanuel Kant busca superar la oposición entre el realismo y el empirismo, no logra elaborar una unidad y una totalidad del ser humano. Cuando él toma del racionalismo escolástico de Wolf los tres sectores de la “**Metaphysica specialis**” y al considerar el mundo, el alma y Dios como “ideas de la Razón Pura”, se halla comprendido al hombre únicamente bajo el concepto de “Alma”.

Expresa Kant:

“el hecho de que el hombre pueda representarse su propio yo lo eleva infinitamente sobre todos los seres vivientes de la tierra. Por esto es una Persona, y conforme a la unidad de conciencia persistente a través de todas las alteraciones que puedan tocarlo, es una sola y misma persona”. (1)

En esta cosmovisión, no hay lugar para el hombre total y concreto, puesto que para Kant, la razón humana se halla condicionada por la finitud y ligada a la sensibilidad, de lo que se infiere la limitación del conocimiento a la experiencia posible y al simple fenómeno.

Max Scheler define a “*La persona*” como; “*la unidad de ser concreta y esencial de actos de la esencia más diversa que en sí*”. Es la unidad de los actos espirituales o de los actos intencionales superiores. Hay en ella una cualidad fundamental: su trascendencia. La esencia del hombre consiste en su espíritu. La persona no se rige, como individuo, por los límites de su propia subjetividad, los “trasciende” (pueden ser varias cosas Dios, los valores, una comunidad, la especie humana entera, un “Absoluto”, etc.).

El concepto de Persona como *relación-con-el-otro* lo expresa Husserl con la Fenomenología. La elaboración de la noción de conciencia como vivencia “intencional” (adjetivo necesario, porque no todas las vivencias son necesariamente intencionales), interpretando como “*intencionalidad*” la “*constitutividad noético-noemática de la conciencia*”.

Esto está orientado al vínculo indisoluble entre el objeto cognoscente y el objeto conocido.

Leibniz dice que “la palabra ‘persona’ conlleva la idea de un ser pensante e inteligente, capaz de razón y de reflexión, que puede considerarse a sí mismo como el mismo, como la misma cosa, que piensa en distintos tiempos y en diferentes lugares, lo cual hace únicamente por medio del sentimiento que posee de sus propias acciones”. (5).

B) Diferencias entre Individuo y Persona

El vocablo latino *individuum* (‘individuo’) designa algo a la vez in-diviso e indivisible. Se ha sostenido que el individuo es algo indiviso, pero no necesariamente indivisible.

No obstante, tan pronto como se divide un individuo desaparece como tal individuo, bajo ese punto de vista, es lógico admitir la indivisibilidad -en principio- del individuo.

El individuo (ser humano):

- Es una entidad psico-física.
- Está determinado en su ser.
- El término se aplica a una entidad cuya unidad, aunque compleja, es definible negativamente: algo, ó alguien, es individuo cuando no es otro individuo.

El término "Persona":

- Se aplica a una entidad cuya unidad es definible positivamente y, además, con "elementos" procedentes de sí misma.
- **Es una entidad fundada en una realidad psicofísica, pero no reductible, o no reductible enteramente, a ella.**
- **La persona es libre y aun consiste en ser tal.**

En síntesis es la contraposición entre lo determinado (el individuo) y lo libre (la persona).

El análisis es una aproximación parcial para comprender la existencia humana. Uno de los escollos principales para comprender al ser humano es precisamente la importancia exagerada que se da a la técnica y que va de la mano con la tendencia a considerar al hombre como un objeto.

La objetivación presupone la trascendencia. Trascendencia quiere decir el hecho de que la persona no se rige, como un individuo (dentro de los límites de la individualidad psicofísica), en su propia subjetividad, sino se trasciende a sí misma.

Cada uno somos un individuo. Esto significa que siempre desfiguramos en mayor ó menor medida la verdadera imagen de nuestro igual porque está ante-los-ojos: El Otro que nos mira y estamos ante-sus-ojos porque se halla en su mundo. Ese mundo cuya estructura están las relaciones significativas en que existe la persona y en cuya configuración forma parte.

La esencia del hombre al igual que el ser persona se deben interpretar sobre una estructura dinámica. Si bien el hombre se halla fundado en esa entidad corpóreo-espiritual, es por lo tanto Persona. No obstante, el ser persona, es consciente de su finitud y libertad verdaderamente existente y autónoma, por tanto, responsable de su existencia. Esta facultad de tener conciencia de su propio ser es lo que la distingue de todos los demás seres.

El Ser- Persona es la fuerza potencial por la que se convierte y deviene lo que es realmente, posee siempre la connotación dinámica de alguien que está en proceso, de la persona que deviene algo.

"La potencia en acción". ¿Hacia dónde la Persona está apuntando?

Hacia la trascendencia de su ser- individuo a ser-con el otro y en última instancia hacia con Dios.

Bibliografía:

1. **Abbagnano Nicola**, "Diccionario de Filosofía", Editorial FCE, México, (1963).
2. **Carpio Adolfo P.**, "Principios de Filosofía", Editorial Glauco, Buenos Aires, (1993).
3. **Dr. L.C. Béla Székely**, "Diccionario de Psicología", Editorial Claridad, Colombia. (2000).
4. "**Diccionario Básico Espasa Quince**", Espasa-Calpe, S.A., Tercera edición, Madrid, (1984).
5. **Ferrater Mora José**, Diccionario de Filosofía, Editorial Ariel, Barcelona, 1994.
6. **Fouillée Alfred**, "Libertad y Determinismo", Editorial Atalaya, Buenos Aires, 1947.
7. **Frankl Víctor E.**, "Un Psicólogo en el Campo de Concentración", Editorial Plantin, Buenos Aires, 1955.
8. **Hessen J.** "Teoría del Conocimiento", Editorial Espasa-Calpe Argentina S.A., Buenos Aires, 1940.
9. **Jaspers Karl**, "Filosofía de la Existencia", Editorial Aguilar, Madrid, 1961.
10. **Jaspers Karl**, "La Filosofía", Editorial Fondo de la Cultura Económica", México, 1968.
11. **Morente Manuel**, "Lecciones Preliminares de Filosofía", Editorial Losada, Buenos Aires, 1978.
12. **Rubino Vicente**, "Series Filosóficas" Editorial Uflo, Buenos Aires, 1997.

b) Las Vivencias a través del Tiempo

Introducción

El Término *Vivencia*, fue propuesto por Ortega y Gasset como traducción del vocablo alemán *Erlebnis*. Según Dilthey, la vivencia es algo revelado en “*el complejo anímico dado en la experiencia interna*”; es un modo de existir la realidad para un *cierto sujeto*.

La vivencia no es algo dado; somos nosotros quienes penetramos en el interior de ella, quienes la poseemos de una manera tan inmediata que hasta podemos decir que ella y nosotros somos la misma cosa.

La vivencia es un ser cualitativo: una realidad que no puede ser definida por la captación interior, sino que alcanza también a lo que no posee indiscriminadamente. La vivencia de algo exterior o de un mundo exterior se halla ante mí de una forma análoga, aquello que no es captado y que sólo puede ser inferido.

Jaspers nos señala que es el hombre accesible para sí mismo de un doble modo:

- como objeto de investigación.
- Como “existencia” de una libertad inaccesible a toda investigación.

Como objeto de investigación – en principio, *objeto* deriva de **objetium** que es el participio o pasado del verbo *objicio*, el cual significa “ofrecerse”, “exponerse a algo”, “presentarse a lo ojos”. En referencia a lo intencional, que supone que no necesita ser únicamente cognoscitiva; puede ser volitiva y emotiva.

Como Sujeto; Hay varios puntos de vista respecto del término:

Ontológico (el objeto-sujeto): éste objeto-sujeto es considerado como objeto en el sentido de construir todo lo que puede ser sujeto de un juicio, con la salvedad que son dos aspectos: sujeto y el objeto.

Gnoseológico: el sujeto es el cognocente (sujeto para un objeto), desde ésta óptica es impensable una exclusión de cualquiera de los dos elementos, porque uno hace referencia necesariamente al otro.

Psicológico: se hace referencia al sujeto psicofísico cuando el nivel de análisis está ubicado en el plano físico y que también incluye al biológico.

Lógico: aquello que afirma o niega algo, se refiere a un sujeto que es. Se lo puede denominar también como “concepto-sujeto”.

Como objeto de investigación es indispensable buscar la objetividad de los fenómenos que son objeto de estudio sin caer en la objetivación de lo que llamamos Veterano de Guerra que padece de la afección de estrés post traumático.

En otras palabras, es necesario marcar una línea demarcatoria entre el relativismo que en cierta forma sostenía Pitágoras al enunciar que todo conocimiento, en general, y los principios y leyes lógicas, en particular, dependen de la organización específica del hombre (de cada individuo) ó, por otra parte, en gran medida es lo que sostiene el psicologismo, en el campo de la lógica y en general del conocimiento; en buscar leyes psicológicas; esto es, leyes que establezcan el comportamiento humano en su actividad de pensar.

Es imperioso destacar que es necesario atenerse a lo que las cosas efectivamente son, y a lo que la experiencia efectivamente proporciona, sin caer en que todo se reduce a lo sensible. Se busca, por lo tanto, respetar la experiencia de la vivencia del ex –combatiente en toda su dimensión posible.

Como existencia podríamos definirla en varios aspectos a saber: su mundo; su vivencia; y las situaciones límites, significaciones abordadas en la reflexión del concepto del vocablo Persona.

Descripción de las Tropas Argentinas

Los soldados argentinos que fueron enviados a la guerra fueron de dos vertientes diferentes:

- Personal del Cuadro transitorio.
- Personal del Cuadro Permanente.

➤ Personal del Cuadro Transitorio

En ese entonces existía el servicio militar obligatorio donde los hombres de 20 años de edad debían ingresar obligatoriamente al aprendizaje del manejo de las armas por el caso de ser necesario su reclutamiento, por si el país entraba en guerra.

Por el otro lado estaba el cuadro permanente que se diferencia del cuadro transitorio (servicio militar obligatorio); porque eran personas que habían ingresado en forma voluntaria y tenían preparación militar.

La vivencia de los primeros, si bien no se puede resumir dado que cada caso individual es irreducible, se intenta narrar en un conjunto de vivencias manifestadas durante las entrevistas practicadas.

El soldado (del Ejército o de Fuerza Aérea) que estaba en las Islas provenía de lugares que no tenían, en general, la adaptación al rigor de las zonas australes.

La Armada quizás tiene su excepción, ya que mandó casi la mayoría de sus hombres con equipo y el adiestramiento necesarios para la contienda (Batallón I.M. 5 – Río Grande –) y los conscriptos embarcados tenían la instrucción similar a la dotación permanente.

Los soldados en su gran mayoría provenían de la zona centro y norte del país, acostumbrados a una temperatura muy superior a la media de las Islas.

La ropa ó uniforme, en muchos casos no era la apropiada ya que los mandaron con la misma ropa de fajina que en la zona donde estaban (Pcia. De Corrientes, Mesopotamia).

La gran mayoría no sabía a donde iba, muchos de los soldados apenas hacía 20 días que habían ingresado y ni sabían cargar un fusil; otros en cambio, habían sido dados de baja por finalizar el Servicio Militar, y a los 4 días los volvieron a incorporar.

Durante el transcurso de los acontecimientos de la guerra propiamente dicha, hubieron de sortear muchos problemas. En primer lugar el clima, la rigurosidad de los vientos, niebla, frío y permanentemente el cielo está nublado.

El día solar era de las 08:30 hasta las 17:30 aproximadamente; el resto era noche, pero de una oscuridad que no se ve a más de cinco a siete metros, con excepción de la noche con niebla, que se ve muchos menos todavía.

Los soldados, no tenían visor nocturno (con la excepción de los Infantes de Marina quienes tenían en un reducido número) para realizar guardias, entonces se tenían que valer de sus sentidos para detectar cualquier movimiento extraño.

Las posiciones se cavaban en la tierra ó turba, se le denominaba *pozo del zorro* a excavaciones que sirvan para que el combatiente haga una zanja de manera tal que pueda estar en la posición "panza abajo". Con un cierto montículo hacía su frente para poder apoyar su fusil y poder disparar su arma.

El problema es que a muy pocos centímetros de la superficie se encontraba agua y por lo tanto humedecía la munición, se atascaban los mecanismos de los fusiles, especialmente los FAL (Fusil Automático Liviano).

La permanencia en ese tipo de suelo, el frío y el bajo grado de profilaxis, entre otros factores, hizo que apareciera el primer problema: "el pié de trinchera", que no es más que el entumecimiento de los pies, los dedos, la dificultad de circulación; en los casos graves hay que amputar el miembro.

Para los combatientes que estaban más expuestos, en primera línea de combate, no llegaba regularmente las provisiones (Ejército) y se la pasaban días enteros sin comer.

La llegada de la noche era sinónimo de peligro, ya que casi todos los combates sucedieron en ese momento, además del temor del combate contra las tropas británicas, había una constante cita nocturna: Los bombardeos aéreos, terrestres y navales.

Muchos de los soldados se despedían los unos a los otros hasta el día siguiente, pero esa despedida tenía el mensaje implícito que se despedían de la vida.

De noche, durante los bombardeos, se sentían no sólo las detonaciones, si no también los gemidos, los pedidos de auxilio, y no poder moverse de la posición por no ser blanco fácil del enemigo.

El relato del silbido de las bombas era muy peculiar, ya que si caían muy lejos, había como un cierto desinterés, pero a medida que se sentían más cerca, luego del silbido, en los últimos instantes del recorrido de la misma, se producía un silencio solo perceptible por aquellos que estaban cerca y por ende se sentía en esos instantes, una gran angustia.

A los que estuvieron en el frente cuando venían los soldados ingleses, en muchos casos, se les agotaban las municiones, iban a retaguardia a buscar más munición para continuar combatiendo, y en muchos casos, no la encontraron.

Estaban también los que combatiendo fueron sobrepasados por las líneas inglesas y fueron tomados, en la mayoría, prisioneros. La angustia vivida por ellos estaba referida al momento que ellos pensaban que les llegaba la hora de morir, una vez desarmados.

Estaban también los que vieron como los “gurcas” degollaban a compañeros. Se paralizaron del miedo, no hicieron nada por temor a que los mataran. En todos esos casos, la vivencia del horror, de la finitud, la culpa. El shock de estar en una situación donde no esperaban estar. nunca

Habían venido a la guerra con ideales, más allá de que quisieran estar ó no en ella, pero no alcanzó. La realidad superó todos sus límites razonables. Estaban allí en un lugar situado “para que no pasen”, sin embargo ¿cómo hacía para que sus “enemigos” interiores se quedaran quietos?

La noche era sinónimo de angustia, se sabía que venían bombas; todavía quedaba el recuerdo de la noche anterior, pero eso ya pasó hace mucho, mucho tiempo. ¿Cuándo llegarán? Era el imperativo que bajaba de sus pensamientos, y su mente volaba al seno familiar ó materno.

Cada ruido era mensajero de alerta, el frío invitaba a dormir en el seno de la helada trinchera. ¿El fusil responderá?, era otro de los interrogantes que afloraba en sus pensamientos.

Hay mucho dolor por lo que se perdió, pero mucha angustia por lo que vendrá. Esta visión es la que viene a visitarlo todos los días, desde que abre sus ojos a esa realidad del cual no puede sustraerse y del cual el combatiente no puede escapar, salvo echando mano a las ilusiones tranquilizadoras ó refugiarse en los recuerdos nostálgicos de su pasado.

Tener control de una situación es estar viviendo conforme a reglas previamente estipuladas; el hombre se siente más seguro cuando conoce los límites de una situación dada.

Cuando el combatiente percibe que las cosas amenazan salir de control, comienza a descubrir sus propias limitaciones, comienza de pronto a sentir sus debilidades. No hay nada que le garantice nada salvo su propia finitud y comienza a sentirse impotente.

Lo mismo sucede con el náufrago que se encuentra a la deriva de un mar embravecido, con olas que superan los siete metros. Hasta hacía poco estaba en una plataforma de acero, cuya preocupación era el enemigo, ahora su angustia es que lo encuentren a tiempo, el cielo plomizo, el frío, el estar mojado, sentir un miedo y una sensación interior de abandono.

Al mismo tiempo se suma el proceso de un duelo indescifrable, por la pérdida no solo del barco, sino también de los camaradas, los seres queridos, “todavía puedo escuchar los lamentos entre la oscuridad, las taquillas desparramadas y comienzo a percibir mis pies quemados estando dentro de la balsa”, relataba un veterano del crucero A.R.A Gral Belgrano.

El miedo, como todas las emociones, obedecía a un fin que le es propio; en éste caso alertarnos del peligro. Los sentidos se hacen más agudos en la percepción del ambiente circundante.

La intensidad de la ansiedad está relacionada con la cercanía de la amenaza, sea el silbido de una bomba cercana, el fuego de ametralladoras con balas trazantes (cuando el proyectil ilumina toda su trayectoria), el instinto de supervivencia aflora y se manifiesta en cada hombre que busca sobrevivir.

Existe un momento para todo, el de las defensas y el de las situaciones límites; en esta última la muerte se abre en busca de seguridad, es como si la amenaza de muerte expandiera el tiempo real. No hay mas que una realidad, el aquí y ahora: un instante puede serlo todo.

El olor a pólvora, las estampidas de las bombas con el color naranja-amarillo, el sentir gemidos pidiendo auxilio, el estar perdido en medio del caos, donde cada decisión que se toma pone en juego la vida.

Por más que se resuman todos los fragmentos vividos mediante un relato, la vivencia es inenarrable, sólo el que estuvo bajo esa experiencia puede comprender lo que se siente.

Llegó el momento de rendirse, el miedo a lo que sucederá después de dejar el arma que lo defendió hasta hacía instantes. Había miedo de ser fusilado, al mismo tiempo que tenía la gran tristeza de haberlo perdido todo.

Hay pocas palabras, el mundo interior se inunda de pensamientos, de lo que pasó, de lo que vendrá, de la culpa de los que murieron, vergüenza de haber perdido o no haber hecho más, odio, tristeza y mucha desesperanza. Los sentimientos son nuestra reacción al mundo que nos rodea.

Es decisiva para el hombre la forma en que experimenta este momento debido a que Comprender esto pone en juego nuestra existencia, la realidad derivada de nuestras percepciones, sobre la base de lo vivido, de lo experimentado, de lo aprendido, pero en este sentimiento de la actualidad del aquí y ahora hay dolor, flaqueza, impotencia y culpa.

La culpa es un tema excluyente en el veterano de guerra, porque hay un extraño sentimiento de ser inmerecidos de estar con vida mientras que hay camaradas muertos. Es un pensamiento complicado porque se busca como una especie de autocastigo. En muchos casos anida el pensamiento de que no fue solidario con quien necesitaba ayuda.

Hay un momento en el cual el hombre duda de su propia valía, cree que es mala persona, la memoria selecciona los recuerdos que lo confirman. Se lucha en forma interna para no expresar la rabia o el sentimiento de impotencia que se vuelve más cerrado, menos comunicativo y la energía que se pone en funcionamiento agota a quienes lo rodean.

Si la existencia en las Islas fue traumático, el regreso al continente no fue mejor. No habían bandas de música que le señalaran la bienvenida, o la palabra tranquilizadora que el esfuerzo valió al menos para algo, aunque sea el haber estado. No, todo fue como si se entrara por la puerta de atrás. Se les pidió silencio de lo vivido mientras que lo que se necesitaba era comunicarse con sus seres queridos.

Lamentablemente muchos hicieron caso y sufrieron una gran depresión y sufrieron posteriormente de Estrés Post Traumático ó muchos buscaron el suicidio como salida del martirio.

Llegó la tan añorada baja, el retorno al pueblo ó la ciudad que en muchos casos se organizaron para darles la bienvenida y el silencio del hogar. Allí las cosas comenzaron a no ser como antes, el carácter estaba cambiado, los monosílabos en lugar de frases; la agresión se hizo frecuente de una forma inusual; los conflictos por situaciones muy nimias eran vividos con mucha intensidad.

Aparece un agente nunca experimentado, es el recuerdo abrupto en forma vivida de sucesos que evocan situaciones de la guerra. Las defensas psicológicas no son eficaces; el afloramiento es súbito y no hay forma de tener control sobre ese fenómeno.

De noche comienza la otra guerra, la del dormir; en los sueños está inmersa también su existencia. Allí se vuelve a actualizar su mundo, sentir las palpitaciones, la angustia, el revivir el horror y luego de despertar, el pensamiento se enturbia, es difícil volver a dormir, es difícil volver a la armonía cuando el fantasma ha retornado y lo que es peor, lo seguirá haciendo.

Pero esto no es todo, hay un deterioro, aunque lento, constante; éste hombre va a pedir trabajo pero no lo toman; al poco tiempo advierte que decir que estuvo en la guerra, lejos de ser algo positivo, lo toman como un hombre “de cuidado”.

Y el proceso continúa (al día de hoy hay 7.000 de 10.000 veteranos sin trabajo). Va a entidades gubernamentales y tuvo otra lucha por sus derechos a una pensión. Hay muchas leyes escritas, pero el cumplimiento de ellas es solo un enunciado en muchos casos.

➤ **Personal del Cuadro Permanente**

Se prepararon para la guerra, estaban conscientes de que el enemigo los superaba, pero había una creencia que sus superiores habían decidido esa instancia porque tenían asegurada una solución más allá del conflicto bélico y aún no había sido develada.

Si bien las experiencias de la guerra son similares, al regresar al continente las cosas no lo fueron tanto. La poca o nula práctica en psicología de la postguerra, hizo que se cometieran errores cuyas consecuencias las padecen los veteranos aún hoy.

La totalidad del personal fue dado con licencia y luego del regreso de la misma se continuó en gran medida, con las actividades de rutina. “El mensaje implícito era *“aquí no pasó nada”*, por ende no se dio una asistencia psicológica adecuada. Gran parte del personal pidió la baja en el transcurso de ese año y el otro, acentuándose con la venida del gobierno democrático.

Muchos hombres que tuvieron un desempeño por encima del término medio, y aún dentro de lo esperable en su aptitud militar y profesional, comenzaron a tener problemas en la disciplina y fueron muy sancionados, terminando con la expulsión del seno de las Fuerzas Armadas. Otros, en cambio, prefirieron el silencio y la familia fue la depositaria de la enfermedad.

Hay una gran mayoría de integrantes de las Fuerzas Armadas que aún hoy se reservan de hablar de los problemas psicológicos que tienen por temor a ser dejados de lado de la carrera militar.

Los que decidían irse de baja de las filas del cuadro, se encontraron que no había leyes que lo protegieran con una pensión y tenían que hacer un trámite largo, complicado y con escaso grado de éxito.

BALSA 44 – CARLOS ALBERTO WAISPEK
(Breve resumen de un capítulo de su libro)

La vida a bordo, a medida que nos íbamos acercando a la zona de conflicto, disminuía en tranquilidad e iba creciendo en zafarranchos de combate, no obstante lo cual nosotros seguíamos pensando que eso no podía durar, que en una o dos semanas más las cosas habrían de cambiar. Reforzaba estas ideas

el hecho de haber recibido información acerca de que por la vía diplomática se habían hecho grandes adelantos, y que la paz era cuestión de horas, de días.

Estábamos muy atentos al difusor a través del cual nos llegaban noticias halagüeñas. El canciller Nicanor Costa Méndez estaba efectuando reuniones en las Naciones Unidas para lograr no sólo el apoyo de otros países en la propuesta de cese de las hostilidades sino para alcanzar con las propias autoridades inglesas un acuerdo honroso y digno para ambos países...

...El tiempo seguía su curso. Mucho frío. Los cánticos asemejaban llegar desde otro mundo, desde otra dimensión. Los ojos muy abiertos y siempre la niebla circundándolo todo, empapando de grises un horizonte que se perdía irremediamente.

Estaba por comenzar el partido. Miré el reloj. Eran cerca de las cuatro de la tarde y me acomodé en la banqueta para esperar que transcurrieran los minutos que faltaban para terminar la guardia.

De pronto escuchamos una fuerte explosión. Todo el buque se conmovió. Tembló como si lo hubieran golpeado en el centro mismo de su columna vertebral. Yo, creo que por mantener hasta el final la ilusión de que nada podía pasar, me dije: "Chocamos", pero en ese preciso instante otro estruendo. Una sacudida tan violenta que nos arrojó, con furia, contra uno de los lados del puente. Ya no había lugar a dudas: nos estaban atacando. El primer torpedo dio debajo del director del cañón de cinco pulgadas, situado en popa, y el segundo en la banda de babor delante de la primera torrea. El primer impacto fue mortífero, levantó al buque del agua, arrancó los generadores de emergencia de sus encajes y produjo una ola de calor que atravesó la nave. La letal combinación entre el calor y la fuerza de la explosión causó la mayor parte de las bajas. Muchos marineros descansaban en el sollado situado a popa del lugar del primer impacto. Cerca de ese punto crítico estaba la cantina repleta de tripulantes, por lo que allí se produjo el noventa por ciento de las bajas.

Se empezaron a escuchar explosiones que parecían provenir de distintos sectores y el barco, herido de muerte, se estremecía de proa a popa, de babor a estribor. La electricidad se cortó de inmediato y los estruendos, como un alarido extendiéndose a lo largo y a lo ancho del crucero, traspasaban la piel para ir a perderse en la tremenda soledad del océano, un océano que asistía impávido a la catástrofe.

Buscaba un barco, aviones, alguien o algo a quienes hacer responsables del comienzo del desastre. Pero no, nada a la vista. Sólo una acometida brutal que nos había dejado imposibilitados de reaccionar. Los torpedos que nos habían tirado portaban gases tóxicos y fueron lanzados por el submarino nuclear *Conqueror*. El *Bouchard*, barco que nos custodiaba, también fue alcanzado; uno de los torpedos se incrustó en su casco y se quedó allí sin explotar. Lo encontró el equipo a cargo de la reparación de averías y lo único que pudo hacer, dada la posición del torpedo y la urgencia que se vivía, fue cerrar las compuertas, pues el agua había comenzado a entrar con fuerza, y alejarse.

Las explosiones se sucedían una detrás de la otra. El caos empezó a adueñarse de la situación. El angustioso caos que produce lo que se sabe irreversible. Hierros y pedazos de material saltaban por todas partes. Cada fragmento de explosivo que reventaba lo hacía con una lluvia de fuego y restos de caños que se esparcían por cualquier lado.

La cocina se convirtió en un infierno. Estalló y toda la mercadería que allí se almacenaba fue a caer del lado de estribor.

Yo, que intentaba bajar hacia la parte inferior del crucero, debí correr hasta la proa para dar toda la vuelta y continuar mi carrera por el lado de babor. Por cualquier sitio era imposible avanzar. Me cubría la cabeza con los brazos y estaba tan aturdido que me llevaba el salvavidas en una mano y no me había dado cuenta.

No conocí en infierno del Dante, pero creo que no debió ser distinto a lo que era el Crucero *General Belgrano* en aquellos momentos: por todas partes se escuchaban gritos, ayes de dolor, hombres que llamaban a otros hombres, que buscaban a sus compañeros entre el agua que comenzaba a inundar la nave y el fuego que crecía y tornaba cada vez más difícil encontrar a alguien.

Oficiales y soldados corrían de un lado a otro pidiendo ayuda para rescatar a los que trataban de subir ya casi aprisionados por los incendios que estallaban en el vientre quebrado del Crucero.

Las calderas reventaban y con cada estampida más heridos, más muertos. Con cada bocanada de humo más confusión.

Los depósitos de petróleo también explotaban y los hombres, que eran alcanzados por sus líquidas brasas, exhibían enormes y sangrantes quemaduras que se abrían paso entre los chorros negros que les cubrían gran parte del cuerpo.

Todos nos queríamos ayudar. Nos tomábamos de los brazos para poder sostener a los que, con gran dificultad, trataban de abandonar las cabinas inferiores. **Nos dábamos ánimo redoblando nuestras fuerzas para pelearle al mar, a los torpedos, al miedo, a los ingleses, al frío de un implacable mar que abría sus fauces en el deliberado intento por tragarnos, nuestro derecho a la vida, nuestra opción a seguir existiendo.**

El barco comenzó a inclinarse rápida y peligrosamente. Algunos se habían ubicado a los costados y con desesperación le pegaban a los cascos de plástico para soltar las balsas. Se amontonaban para colaborar, en el supremo intento de desprenderlas.

Las balsas comenzaron a caer al mar, una tras otra, con un estridente ruido dada la distancia que se había producido por la inclinación del barco que era de veinte o treinta metros y que a veces se aumentaba por los movimientos de las olas. Desde allí, desde esa altura, debíamos también arrojarnos nosotros. La elección era de hierro: nos quedábamos en cubierta y sucumbíamos con la nave que iba siendo absorbida por las embravecidas aguas o nos lanzábamos

al vacío buscando una de las tantas balsas que se agitaban sobre la superficie del océano. Un océano que se elevaba, en medio de la lluvia, el viento y la niebla, en olas que superaban los diez metros.

Arrojarnos a las balsas fue terrible y muchos de los que allí estaban perdieron la vida en ese intento. El zarandeo por el oleaje era tremendo, iban hacia uno y otro lado y se convertían en un objetivo vital pero casi imposible de alcanzar. El agua estaba helada, los que caían y no lograban trepar a una balsa apenas si duraban cinco o diez minutos porque sobrevenía el paro cardíaco y desaparecían devorados por las inmensas olas. El espectáculo que se observaba lindaba con lo infernal. Ver desaparecer a los compañeros era como el espejo en el cual se reflejaba nuestra propia desaparición. Muchos se aferraban a los palos y columnas de cubierta y gritaban que no se iban a tirar. Otros se paraban en el borde y, sin darles tiempo a calcular el salto, el vaivén del buque los arrojaba a las heladas aguas que hacían el resto. Yo estaba en medio de esa vorágine cuando vi llegar corriendo al doctor Bocassi, el médico de a bordo, que nos gritaba con el rostro desencajado por el horror de lo que estaba presenciando: “¿Qué esperan para tirarse a la balsa, no ven que ya se tiraron casi todos?” Un oficial que estaba allí contestó: “La orden de abandono”. “¡Qué orden ni orden! Tiren la balsa, no vamos a esperar que se termine de hundir para tirarnos”.

Entre él y otros “colimbas” lanzaron la balsa, la ataron a las barandillas del barco y comenzaron a saltar. En ese momento llegó corriendo Piedrabuena, que había bajado de uno de los puentes que estaba cediendo. Se parapetó contra un costado de cubierta; estaba como paralizado. “Te dije que iba a pasar esto. ¡Nos quedamos acá!”, gritó con desesperanza. “Flaco, tranquilízate, nos van a venir a rescatar”, le dije, intentando creer en mis propias palabras.

Estaba listo para saltar pero no podía dejar a Piedrabuena ahí, azorado ante sus presentimientos que insinuaban cumplirse. Lo tomé de un brazo y se lo di a unos compañeros. Se dejó llevar, como entregado a un destino que conocía de antemano. “Muchachos, ayúdenlo, está muy asustado con esto”. Lo calzaron de las axilas y lo acompañaron para que pudiera dirigirse a una de las balsas. Iba casi en vilo. Entre dos lo colocaron en posición para saltar. Le grite: “¡Nos vemos en Ushuaia!”. “¡Ojalá!”. Fue lo último que le escuché decir.

Me arrimé al borde del buque para tirarme. Veía el mar y las balsas dar tumbos. Me temblaban las piernas. Apretaba los dientes. Casi no sentía el frío. La balsa parecía moverse cada vez más. En ella ya había varios “colimbas” y algún oficial luchando por equilibrar los movimientos. Pensaba muchas cosas: “Yo creo que voy y me caigo al agua. Para colmo no sé nadar”. El no saber nadar igual importaba poco. Estaba solo, nadie amagaba para tirarse a esa balsa, la 44. El buque se ubicó en la posición justa y salté. En ese momento otro soldado que venía corriendo saltó detrás de mí y chocamos en el aire. No lo había visto, tampoco lo miré, nunca voy a saber quién era ni cuál fue su destino. Yo, lo único que atinaba era a mirar la balsa, que se movía mucho. Entonces caí afuera. El agua esta helada, sabía que tenía minutos para zafar. Traté de agarrarme de la parte de arriba, seguía con el salvavidas en la mano y lo tiré, manoteé las cuerdas y dos o tres de los que estaban adentro me

ayudaron a subir. Entre la zambullida en el agua y el rescate por mis compañeros deben haber pasado segundos, pero fue suficiente para sentir que todo comenzaba a paralizarse, que los músculos dejaban de vibrar, que no respondían, que las piernas habían dejado de pertenecerme. Una de las tantas formas de presentir la muerte.

El horror se apoderaba de la situación. La lluvia arreciaba. El viento, implacable, no se detenía ante nada. Como frágiles cáscaras de nueces las balsas se bamboleaban sacudidas por inmensas olas cada vez más violentas, cada vez más amenazantes. Con cada uno que saltaba, toda la balsa temblaba y con ella nosotros.

El abandono del crucero lo hicimos en cuarenta minutos, demostrando el resultado del entrenamiento. A las 16:40 todo el personal se hallaba en las balsas autoinflables. A las 17 el *General Belgrano* escoró a noventa grados y luego siguió dándose vuelta.

Lentamente iba desapareciendo, pero no lo hacía solo. Decenas de hombres lo acompañaban en este último viaje al fondo del mar austral. Hombres que habían elegido estar allí y también decenas de hombres que no habían tenido opción y que tal vez en sus últimos momentos se deben haber preguntado: “¿Por qué?”.

Nuestra balsa se empecinaba en pegarse al casco del barco que parecía tragarnos. Como enloquecidos comenzamos a remar con los brazos y la balsa giraba sobre sí misma delineando una danza mortal. En cada giro se acercaba a la proa que se balanceaba hacia arriba y hacia abajo como el hacha de un verdugo. Al mismo tiempo la chimenea hirviente se inclinaba hacia nosotros, amenazadora, con el empuje de cada ola, y nos hacía encoger estremecidos en el fondo de nuestra precaria embarcación. Por fin zafamos del imantado abrazo y nos alejamos unos cincuenta metros. Allí nos derrumbamos definitivamente. Estáticos, con el corazón estrujado por la angustia, miramos cómo nuestra enorme y querida casa flotante desaparecía entre las encrespadas aguas haciendo honor a su lema: “*irse a pique antes de arriar el Pabellón Nacional*”.

En las cincuenta balsas que derivaban, unidas como las cuentas de un rosario, se enjuagaron las lágrimas y se entonaron las estrofas del Himno sin que mediara ninguna orden superior sino la que emana de los más puros sentimientos Patrióticos.

El crucero A.R.A. *General Belgrano* se hundió irremediablemente a 55°18'S, 61°64'W.

Una Noche en el Monte Longdon

(Anecdotario II de la Infantería de Marina Errecaborde Jorge)

Durante la defensa de Puerto Argentino en 1982 la Compañía de Tiradores B. Del Regimiento Motorizado Nro. 7 de nuestro Ejército, guarnecía el Monte Longdon, cerrando el acceso desde el Oeste hacia la localidad. Había sido

forzada con la Segunda Sección de Ametralladoras de la Compañía de Ametralladoras 12.7 de Infantería de Marina.

En la noche del 11 al 12 de junio del 82, el enemigo atacó el Monte con el Regimiento de Paracaidistas N°3-3 Para – apoyado por un abrumador fuego artillero. El esfuerzo principal del ataque fue llevado por el centro del dispositivo defensivo. El segundo Grupo de Ametralladoras 12,7 de IM se encontraba allí reforzando el sector del Sr. Subteniente Juan D. Baldini.

Fue un combate durísimo, el más cruento de todos en cuanto a bajas propias y del enemigo (aproximadamente 270 entre muertos y heridos). Los informes británicos son numerosas y suficientemente explícitos sobre esta sangrienta noche, incluso un paracaidista enemigo ha editado dos libros al respecto. Todos estos señalan la resistencia efectiva de unas ametralladoras pesadas (nuestras 12,7 IM) y la actividad certera de tiradores especiales argentinos que contaban con visores nocturnos, ambas acciones produjeron bajas y demoras al ataque británico.

Dado que en ese Sector, los únicos visores nocturnos eran los asignados a los IMs. De la 2º Sección de Ametralladoras 12,7 podemos asumir que a ellos se refiere específicamente al CSIM Rafael Colemil, Jefe del Grupo. Ya la Revista Desembarco (Nº 139) ha tratado en detalle el combate del entonces Cabo Segundo IM Colemil, ahora (1998) Suboficial 1ro. IM, sólo queremos recordar con él, cómo vivió ese combate. Es fácil charlar con el Suboficial Colemil pues su expresión segura pero sin estridencias ayuda al diálogo. Habla del combate como minimizando los hechos, toda su vida ha sido así, manso en el trato, efectivo en la acción.

Nacido en Chubut, en el pueblo de Gualjina (nombre Mapuche), su padre de clara ascendencia araucana, formó hogar con su madre, Martina Jiménez, nacida en Zaragoza-España (Vasca-aragonesa, al decir de Colemil), del matrimonio nacieron cuatro hijos, el primero Rafael, nuestro Infante de Marina.

Entró a la Armada como Conscripto de Infantería de Marina, ingresó a la Escuela de Suboficiales de IM, de allí egresó como Cabo Segundo IM en 1979. Era Cabo Segundo IM en el tercer año cuando lo designaron en 1982 para integrar la Compañía de Ametralladoras 12,7 destinada a Malvinas. El indio –su nombre de guerra en la Armada- era Jefe del 2º Grupo de tres ametralladoras.

Comenta el ahora Suboficial Colemil:

-Preparamos la defensa de la posición como estábamos acostumbrados, obras profundas, con refugios, trincheras de arrastre, depósitos de municiones, etc. siempre estábamos trabajando en su perfección. Era la mejor forma de pasar el tiempo antes del combate, pues nosotros estábamos convencidos que íbamos a tener que combatir y el trabajo permanente era la mejor forma de superar la espera, según la tradición IM. "Cuando sobrevino el asalto inglés vimos lo acertado de esa actitud. Los que no lo hicieron, sufrieron bajas gratuitas y no pudieron combatir con eficacia".

Días antes del ataque, concurrí al SPAC de la IM (NR: Servicios para Apoyo de Combate) allí el Teniente Scotto me dijo: "Vizcacha (otro apodo de Colemil) aquí tenés alzas nocturnas recién llegadas, llevate éstas para fusil y para las ametralladoras". Continúa Colemil: "me llevé tres para fusil, una entregué a mi Jefe, el Teniente Dachary, otra se la di al Cabo Lamas y la tercera me la quedé. También cargué con 6 alzas Litton para las máquinas (NR: ametralladoras) y 5 o 6 visores nocturnos de cabeza que no nos fueron útiles. Los días siguientes nos pasamos ejercitándonos con las miras nocturnos".

"En la noche del 11 de junio el fuego artillero inglés se hizo mucho más intenso, incluso los barcos tiraron iluminando la altura. Cuando ví a los paracaidistas que atacaban, abrí fuego y se desató el combate de fusiles y ametralladoras. De mis tres ametralladoras, sólo una tenía un buen campo de tiro terrestre, (era la número cuatro de los Conscriptos Giuseppeppi-Inchauspe-Fernández y Scaglione), pues las habíamos preparados para combatir contra helicópteros y su visual horizontal no era buena. Pese a ese inconveniente la número 5 tiró hasta que se trabó, la 6 tiró algo más pero también se trabó y luego el fuego enemigo les impidió seguir combatiendo. Pero la 4, tiró con gran eficacia y detuvo el ataque enemigo. Yo estaba algo alejado de la misma pero oía el combate hasta que fue acallada por una explosión –me dijeron que fue un misil Milán-.

Pero esos conscriptos de IM, sí que fueron heroicos. Me contaron los conscriptos IM Leivas y Ferreira que luego del combate –ya prisioneros- debieron enterrar a los caídos y en la pieza 4 los cuerpos estaban irreconocibles, todos quemados. Según lo leído en esa acción murió el Sargento inglés Mc Kay quien recibió la más alta condecoración inglesa al asaltar una posición de ametralladoras pesadas. Debe haber sido la nuestra".

En mi caso, cuando se inició el combate traté de dirigir el fuego de la pieza N°6 señalando los blancos con munición iluminante de mi fusil, ayudado por mi alza de visión nocturna, hasta que la máquina se trabó."

"Luego quedé aislado por el combate, el fuego era durísimo, veía ingleses por todos lados. Quedé con los conscriptos Ferrandís y Cardozo, ellos me acompañaron en forma intermitente durante todo el combate e incluso me ayudaron y curaron cuando fui herido en la cabeza. Ambos a su vez combatieron por el fuego y resultaron heridos por el fuego artillero propio. Ferrandís con esquirlas en las costillas y Cardozo con esquirlas en las piernas. Luego de la guerra lo vi una vez a ferrandís, camionero en Córdoba. De Cardozo no supe nada más, sólo sé que estaba en el Chaco. Fueron dos sobresalientes combatientes estos dos conscriptos de IM, lástima que no se los condecoró".

"Con mi visor nocturno pude ver la aproximación de los ingleses. Serían las 22:00/23:00 cuando llegó a mi posición el Subteniente Baldini con el Cabo Primero Ruiz (MR: del EA), el Subteniente estaba lleno de coraje, excitado por el combate, me pidió un fusil, se lo sacó a un conscripto y quiso correr hacia su Puesto Comando, salió de mi posición abriendo fuego e insultando a los ingleses, fue abatido de inmediato. Lo mismo hizo el Cabo Primero Rios y cayó al lado de su jefe. Eran dos hombres valientes".

Ví en un momento que el enemigo estaba tratando de recuperar un cañón sin retroceso propio que estaba cerca de mi posición, abrí fuego sobre ellos, vi caer a un inglés y luego se desató un fuego horroroso sobre mi posición. Allí me dije: si no combato estoy muerto. Empecé a arrastrarme de posición en

posición y abrir fuego cada vez que veía a un enemigo... Vi a un inglés parado sobre un parapeto con un fusil con bípode, le tiré, cayó como fulminado y luego le continué tirando a sus otros camaradas que se le querían acercar, seguramente para recuperar el fusil”.

“Serían las 23:30 más o menos cuando intenté asomarme en busca de blancos y recibí un tiro que me dio en la parte frontal de mi casco, lo perforó y luego se introdujo en mi cuero cabelludo y se detuvo en la nuca. Sentí que algo húmedo y tibio corría por la cara y el cuello. Como dije, los conscriptos Cardozo y Ferrandís me pusieron un apósito de curaciones pero siguió sangrando”.

“Continué combatiendo a veces solo, otras con los Conscriptos Ferrandís y Cardozo. Creo que batí otros blancos según el detalle que figura en el artículo de Desembarco. A 02:00 aproximadamente nos replegamos hacia el Puesto Comando de la Compañía B. También vi el combate del cabo Lamas donde por lo menos una ametralladora tiraba de vez en cuando y él lo hacía con su fusil con visor nocturno”.

“No sé en que momento fui herido en la pantorrilla con un proyectil de 9 mm. Que aún no me fue extraído. Me fui quedando adormecido, seguro por la pérdida de sangre y algunos me dieron por muerto”.

“Permanecí horas boca abajo semiinconsciente hasta que a eso de las 10:00 de la mañana gente de sanidad inglesa me recogió. Ellos trataban igual y con el mismo esmero a ingleses y argentinos. Me llevaron a un helicóptero a san Carlos a un Hospital de sangre donde me operaron, en especial por la herida en la cabeza. (NR: por la forma de la herida que va desde la frente a la nuca recibió otro apodo por parte de sus camaradas – **alcancía-). Luego fui trasladado al buque británico Canberra y posteriormente desde este buque al continente junto con otros heridos”.**

Por haber sido dado por desaparecido y visto por conscriptos de su Sección boca abajo y como muerto, cundió la noticia de su muerte y hasta le rezaron una misa en Neuquen. Se la ofrecieron sus compañeros de colegio en donde lo conocían como Tata, otro apodo, pero este más familiar.

El Suboficial Colemil, ahora casado y con tres hijos. La Nación Argentina lo condecoró con la medalla: “Honor al valor en combate”.

Mi Primera Fragata

Dios y los Halcones (Pablo Marcos Carballo)

Luego de las acciones que se llevaron a cabo en los primeros días del mes de mayo, tuvimos una racha de mal tiempo que benefició a los ingleses y redujo notablemente la cantidad de salidas de nuestros aviones de combate.

Debemos tener en cuenta que durante el mes de mayo cayeron en 23 días 56 mm de lluvia, hubo 10m días de nieve o aguanieve y granizo durante 6 días y

en el mes de junio cayeron 47 mm de lluvia en 21 días, nieve o aguanieve durante 12 días y granizo 4 días.

Estas condiciones hicieron que ellos iniciaran su desembarco en Puerto San Carlos entre los días 20 y 21 de mayo.

RELATA: El autor (Piloto de A-4B SKYHAWK)

DIA: 21 de mayo de 1982.

Ese día como tantos otros, la misión llegó justo unos minutos antes de que fuéramos a almorzar, lo que ocurrió repetidas veces. Como compensación ese día usaríamos por primera vez los trajes antiexplosivos recién recibidos, los que aumentarían nuestras posibilidades de supervivencia en el caso de tener que eyectarnos al mar. Estos trajes son muy parecidos a los de los hombres ranas y mantienen el cuerpo del piloto aislado del agua, lo que conserva la temperatura del cuerpo dentro de márgenes aceptables. Sin ellos nuestra expectativa de vida en el caso de caer al mar no pasaba de un minuto.

Era una misión con reabastecimiento en vuelo, con nuestros estimados compañeros de equipo, los pilotos de C-130. Las escuadrillas son siempre las mismas, lo que favorece un mayor entendimiento y confianza entre los que las componen, o sea que salí con el Teniente Rinke, el Primer Teniente Cachón y el Alférez Carmona. Nuestro indicativo de ese día era "Mula".

El reabastecimiento en vuelo consiste en lo siguiente: el avión tanque extiende por debajo de cada ala dos mangueras con una especie de embudos o canastas en sus extremos. El caza bombardero introduce dentro de la canasta la lanza que con ese fin lleva en la nariz y desde el avión madre –previa prueba de detectar pérdidas- se envía combustible.

Nuestros blancos eran buques de desembarco y fragatas que estaban dentro y al norte del estrecho San Carlos, el que divide las dos islas, Soledad y Gran Malvina. Cuando llegamos a la isla ya estábamos rasante. Entré por la Bahía San Julián, al oeste de la Gran Malvina y seguí rasante sobre la tierra, hacia en punto de notificación que se encontraba al suroeste del Monte María. Pero me fue imposible llegar allí, pues una gran masa de nubes lo cubría, por ello que me fui desviando a la derecha.

El "TALA" me informó que uno de sus tanques suplementarios, que se encuentra bajo las alas, no enviaba combustible al tanque principal, comprendiendo que si continuaba no tendría combustible para regresar al continente. El Teniente insistió en seguir con la esperanza de que se solucionara la novedad, por lo que tuve que ordenarle firmemente que regresara. Hecho como éste se sucedieron a lo largo de todo el conflicto, demostrando el alto espíritu de lucha de nuestros pilotos. Ese día el Alférez Barrionuevo se enojó conmigo porque no lo había puesto en una misión que él creía que le correspondía.

Quedábamos solamente dos aviones, volando muy bajo, dibujando el relieve del terreno, atentos a cualquier intercepción. Cuando estábamos bordeando la ladera oeste de los Montes Hornby, puse mi avión con rumbo al este.

Prácticamente en una misma línea veía a mi joven Numeral formándose; buscando el Estrecho San Carlos, salté el acantilado de su costa y coloqué mi máquina lo más bajo posible, en vuelo rasante sobre el agua. En una bahía del otro lado del Estrecho, divisé un barco grande, se lo informé al Alférez Carmona e inicié mi ataque final dándome ánimos con un “Viva la Patria”.

Al aproximarnos vi que no era un barco de guerra, que era enorme y blanco, y temiendo que fuese nuestro no le tiré, ordenándole al Alférez que tampoco tirara, pero al hacerlo rompí, por la tremenda tensión nerviosa el pulsador de mi radio escuchando que él decía: “¡Ya tiré!”

Hice un suave viraje observando el barco, vi que aparentemente era un buque de desembarco inglés, al que efectivamente por la tarde la radio dio como averiado. Le ordené a mi numeral que se volviera, pues estaba sin bombas y me dirigí solo hacia el norte en vuelo rasante sobre la orilla derecha del estrecho. Mi radio transmitía pero no recibía.

Iba pasando rápidamente por las pequeñas bahías y entradas del mar, cuando de pronto, al ingresar a la Bahía Ruiz del Puente, apareció a mi frente, mi primera fragata. Pensé: “No era tan grande como me la imaginaba”, en inicié mi ataque.

A medida que me iba acercando, casi tocando el agua para evitar ser captado por su radar, la fragata iba creciendo y creciendo hasta convertirse en un inmenso castillo de acero de 120 metros de largo.

Primero fueron dos altísimos chorros de agua que saltaron frente a mí y levemente a su derecha, unos cincuenta metros delante de mi avión, provocadas por la munición del cañón que lleva el buque en su proa, luego el puente del mismo se cubrió de pequeñas nubecitas de humo y delante se formó una franja en el mar que parecía danzar, provocada por las muchas esquirlas de las granadas de fragmentación del buque que me estaban lanzando.

La acción del viento sobre las olas crea un efecto orográfico que provoca en el avión un golpeteo continuo, ya que se vuela casi tocando el agua. Es semejante a la vibración que se siente en un automóvil cuando se cruza un “serrucho” en el asfalto, previo a un paso a nivel.

En esos eternos dos o tres minutos que dura el ataque, comencé a escuchar por mi radio algo que me heló la sangre. Parecía la respiración de un agonizante y yo me preguntaba de qué forma podría haberse introducido su angustiada respiración en mi VHF, cuando súbitamente descubrí que esa respiración era la mía, que mi radio al romperse había quedado con su micrófono abierto.

Luego me diría mi numeral que se había impresionado mucho al escucharme, lo que se agravó al interceptar la comunicación de una escuadrilla nuestra que había entrado en combate con los Harriers. Pronto ingresé en la zona calma, en donde ya no me tiraban más y me concentré en la mira de tiro. Cuando vi la

mole de acero que tapaba todo frente a mí, oprimí el disparador y sentí como al desprenderse del peso de la bomba, mi avión se elevaba unos metros.

Quedé como atontado, en una especie de obnubilación que pudo haberme costado la vida. De repente frente a mí encontré los dos monolitos de su aguzada antena y la estructura, con las que estaba a punto de chocar. Instintivamente, con un golpe de mi palanca de comandos, incliné el avión y me zambullí entre ambas. Contaba mentalmente los segundos para la explosión de mi bomba. Mientras hacía esto, vi una pequeña humareda en la proa de la fragata, e instantes después un cañonazo pegó unos 100 metros detrás de mí haciéndome sobresaltar. Cuando se cumplió el tiempo y no pasó nada, en ese momento me decía: "Fallé", vi como instantáneamente se formaba una nube de humo oscuro hasta la altura de las antenas del buque y caían algunos restos al mar. Realmente no puedo precisar con exactitud si ese humo que se formó fue una explosión o el lanzamiento de un misil Sea dart, pero creo que ese tipo de fragatas no lo llevan.

Comencé a gritar de alegría y nivelé las alas de mi avión, aún sobre las aguas del estrecho, cuando una desagradable sorpresa me paralizó el corazón: a mi derecha, a no más de tres kilómetros había una majestuosa fragata inglesa detenida.

Me pegué al agua, empujé lo más que pude mi acelerador hacia delante y la miré esperando el momento en que comenzaría a tirar.

-“No tiró”-, nunca me lo voy a poder explicar. Ni un solo tiro, ni un misil, me vio desfilas con toda su artillería y no tiró. Sólo Dios sabe el por qué.

Luego busqué “la ruta del sol” con la tremenda alegría de decir, cumplimos con nuestro deber y aún estamos vivos.

Cuando aterricé tuve la sorpresa de encontrarme con mi máximo Jefe, el Brigadier General Lami Dozo, Comandante en Jefe de la Fuerza Aérea Argentina, que había venido al sur a interiorizarse de las acciones. Mi numeral que aterrizó antes que yo, ya había hablado con él, lo que había hablado con él, lo que había sido transmitido por muchos radios del país. Recuerdo que me dijo que debíamos apretar los dientes, pues aún quedaba mucho camino por recorrer.

La vida en las trincheras

Malvinas a sangre y fuego (Nicolás Kasanzew)

Dura, muy dura fue la vida en las trincheras. Cavar el pozo era sólo el principio de los problemas porque el pozo se anegaba. Y en la medida que era necesario hacerlo más profundo, más inevitable era que brotara el agua. Numerosos pozos, especialmente con el avance del otoño, se fueron inundando. A eso se le sumaba el agravante de que durante el día uno permanecía con los pies mojados por el simple hecho de estar caminando por

esa inmensa baldosa floja que es el archipiélago. Y meterse en un pozo para dormir o para refugiarse de un bombardeo era empaparse todavía más.

Con un mes y medio de permanencia en estos pozos, el que estaba muy mal, muy mojado era porque realmente no se las había ingeniado. Había soldados que rompían cercas (el gobierno argentino pagaba los daños a los kelpers) y conseguían maderas y otros elementos para aislarse con esos materiales del agua que anegaba las trincheras. A la mojadura se agregaba el frío, y la combinación producía una cantidad apreciable de “pies de trinchera”, es decir pies congelados. Para colmo, en primera línea algunos no reparaban demasiado en que sus compañeros se quejaban del dolor. Les decían: “Che, dale, maricón, aguantátelas...”; hasta que ya era tarde. El tratamiento, para ser eficaz, debe aplicarse en las primeras etapas del proceso. Al principio se sienten dolores intensos, luego se pierde la sensibilidad en los pies (se los puede cortar, pinchar y el hombre no siente nada), hasta que se produce la gangrena y sólo la amputación puede salvarle la vida al soldado.

Para prevenir estos accidentes había unos volantes con recomendaciones sobre el modo de protegerse del congelamiento. Se aconsejaba, en especial, ponerse todos los pares de medias que se pudiera y envolver los pies con papel de diario. Pero conseguir diarios tampoco debía ser muy fácil: eran contados los que llegaban del continente. Muy pronto, además, empezaron a aparecer ratas, sobre todo en aquellas trincheras que estaban por debajo del nivel del mar. Por suerte no llegaron a provocar enfermedades.

Con respecto a la alimentación era buena en algunas unidades y deplorable en muchas otras. Había lugares donde se comía una vez por día, y el rancho llegaba frío. Estaban por ejemplo aquellos que atrapaban a toda oveja que entrara en el perímetro de las defensas y la carneaban. Naturalmente, cuando el dueño del animal detectaba el hecho, iba a la Secretaría de la Gobernación y era religiosamente indemnizado. Lo que no se puede decir es que en las Malvinas faltó comida.

Por otra parte, para evitar el desabastecimiento de los kelpers se prohibió a los uniformados hacer compras en los “stores” de los pobladores. Muchos soldados nos pedían a nosotros, los pocos civiles que había en la isla, que les compráramos alimentos para reforzar su dieta. A mí nadie me ordenó nunca que dejase de comprarles cosas a los conscriptos. Sí, en cambio, trataron de impedírmelo los kelpers. Veían que era una forma de favorecer a los soldados y se negaron a que lo hiciese en su propiedad. El problema de la alimentación era obviamente más grave en las unidades que estaban más alejadas de Puerto Argentino. Por otra parte en los últimos días era tal el cañoneo a que estuvieron sometidas las primeras líneas de los regimientos 4 y 7 que acercarse resultaba sumamente difícil.

Otra cuestión que planteaba la vida en los pozos era la higiene. Los soldados tenían la posibilidad de bañarse, por cuanto en Puerto Argentino los ingenieros habían construido una ducha que operaba con agua salada extraída directamente de la bahía. A veces el agua no salía limpia y después del baño a

uno le quedaba el cuerpo cubierto de suciedad. Subrayaban además, que eso se debía no sólo a que el agua fuese salada, sino a que también era aceitosa.

Muchos oficiales y suboficiales se duchaban en el Upland Goose Hotel pagando un millón y medio de pesos viejos. Había soldados que por el contrario aducían que la capa de mugre protege del frío.

En las trincheras, por otra parte, se solía verificar la inexperiencia de los soldaditos que fumaban o para calentarse encendían fuego con la turba en la proximidad del enemigo.

Así como en esta guerra faltó buena distribución de la comida, también faltó música. Es que no se puede hacer guerra sin ella; los aires marciales levantan el ánimo, dan fuerza. La música marcial es un factor absolutamente determinante para levantar la moral en medio de una guerra. Acompañar a los soldados en la batalla, no en los desfiles, es la razón de ser de las bandas militares. Los científicos han comprobado que la música alegre puede hacer desaparecer temporalmente la fatiga.

Con la alimentación deficiente, con el frío, la suciedad, las ratas, uno podría pensar que estos soldados deberían de estar agobiados por las más distintas y penosas enfermedades. Sin embargo, fuera del “pie de trinchera” y los casos de desnutrición prácticamente no había otra dolencia. Esta guerra lo demostró una vez más: el soldado se acostumbra casi por completo, tanto física como moralmente, a la vida en las trincheras, se curte con las privaciones y advierte que su organismo es mucho más resistente de lo que creía. A pesar de las condiciones adversas, o quizá justamente a causa de ellas, el hombre se fortalece, el hombre se transforma.

En las trincheras soplaba un viento rudo y fuerte y se soportaban temperaturas de hasta quince grados bajo cero. Y a veces nevaba. Los borceguíes por sí solos no llegaban a detener el frío y la humedad. Un conscripto que pasó toda una noche de guardia entre unas rocas aseguraba que tenía las manos tan duras por el frío que si en ese momento se producía un ataque, ni siquiera hubiera podido apretar el gatillo.

Algo poco menos que imposible era lavar la ropa. Había que aprovechar los escasos días en que el cielo estaba despejado y disminuía la humedad. De todos modos el sol calentaba apenas. Entonces los soldados trataban de higienizar al menos su ropa interior.

En cuanto al agua para beber, cuando la planta potabilizadora fue dañada nuestros soldados sufrieron sed. Esto pasó dos o tres días antes de la rendición. Muchos tenían pastillas para potabilizar que utilizaron disolviéndolas en agua sucia y esto produjo numeroso casos de colitis.

Algo que siempre encontré en las trincheras fue la risa. La risa es un signo de salud física y moral y los combatientes argentinos sabían reír. Pero en las trincheras se habla poco y nada de muerte. Se la comprueba, se la acepta, pero no se hace filosofía de la muerte. En la hora de la acción la muerte no se

tiene en cuenta. He podido notar también, en ese período, una cierta tristeza en algunos soldados, consecuencia de la interrupción de los lazos y afectos de familia que tenían antes de la guerra. El organismo del joven conscripto se ha liberado menos que el de sus superiores de todas las influencias familiares y no está aún maduro para la independencia. En todo ese tiempo, sin embargo, no pude detectar un solo caso de psicosis de guerra propiamente dicha, aunque escuché que se habían producido varios.

Conclusión:

Es difícil transmitir una visión generalizada de las experiencias que tuvieron militares y civiles en la guerra, y todo lo que se puede hacer es meramente una reducida aproximación.

Hay aspectos en común entre los veteranos, sobre todo *“la identidad”*, de haber estado hermanados ante situaciones límites.

Hay profesionales que con buena voluntad aplican en su tratamiento métodos para *“hacer de la guerra algo que pertenece al pasado”*. Quien encare así el tratamiento es muy factible que haga que el paciente sienta que el terapeuta es uno más de los que se han olvidado del conflicto.

La guerra para el veterano forma parte de su identidad, es algo similar como si se tratara de un nombre propio, si no que no entiende lo que ha padecido es muy difícil que se lo pueda ayudar; por eso es necesario que a su mundo existencial se le agreguen nuevos proyectos de vida para que lo que *ha sido* de él, cobre *un sentido de vida*.

El hogar del veterano es muy particular, ya que en él se depositan todos los recuerdos, frustraciones. Con el tratamiento psicológico que se han hecho durante jornadas de talleres vivenciales con familiares, se ha visto muchos casos que las esposas se enteraban de situaciones experimentadas por el marido, que nunca antes habían escuchado.

La problemática de los veteranos es más complicada si lo referimos desde los sentimientos, ya que ellos nos definen la realidad en forma más directa. Es necesario que acepte la identidad del veterano en el presente, ya que no se puede cambiar objetivamente su pasado, si en cambio, se puede resignificar su presente y así darle un sentido de esperanza a su futuro que del otro modo para él y para su familia, no existe.

Bibliografía:

1. **Errecaborde Jorge**, "*Anecdotario II de la Infantería de Marina*", Editorial TIARA S.R.L. Buenos Aires,(2000).
2. **Kasanzew Nicolas**, "*Malvinas a Sangre y Fuego*", Editorial Abril, Buenos Aires, (1982).
3. **Waispek Carlos Alberto**, "*Balsa 44*", Editorial Vinciguerra, Tercera Edición, Buenos Aires, (1994).
4. **Carballo Pablo Marcos**, "*Dios y los Halcones*", Ediciones Rex, Buenos Aires, (1999).

c) La Post Guerra de los Veteranos

Introducción

Ex soldados de la Derrota



El día 2 de Abril 1982 se inició una Guerra entre el Reino Unido de Gran Bretaña y la República Argentina, la misma duró aproximadamente 100 días. Las bajas por parte de las Fuerzas Argentinas fueron alrededor de 900 hombres.

La guerra de las Malvinas concluyó el 14 de junio de 1982. Pero ese final "formal" no impidió que, en el aspecto humano, el combate prolongara dos décadas más, engendrando otro tipo de heridas y muertes entre los ex combatientes argentinos.

Los veteranos de guerra, al regresar al continente, los recibe una comunidad indiferente. En los años posteriores reciben escaso apoyo estatal y social; las Fuerzas Armadas los atienden con muchas restricciones.

Hablar de los factores que incidieron sobre los veteranos de guerra, en las pos-guerra es complejo y merece un estudio pormenorizado; sobre esa base y conociendo estas limitaciones, se elabora una apretada síntesis sobre la actualidad social del veterano y una lectura informativa sobre un aspecto casi oculto de la problemática: Los suicidios.

"Las derrotas nunca son bienvenidas por las sociedades" y la Argentina no fue la excepción. Los veteranos son aún vistos como la imagen de ese fracaso.

Todos los excombatientes tienen grabado a fuego en la memoria el regreso al continente, tras la derrota en junio de 1982, de noche y a escondidas como si fueran una vergüenza. «Me habría gustado que hubiésemos vuelto todos desfilando sucios, barbudos y con el uniforme roto, para que supieran cómo peleamos», comenta un veterano.

Situación Social

Para los veteranos, los años que siguieron a 1982 fueron tanto o más duros que los setenta y cuatro días de guerra. La sociedad, que los vio marchar con júbilo, les dio posteriormente la espalda: En especial para los soldados. Se les ordenó no hablar sobre la guerra, fueron licenciados y abandonados a su suerte.

La falta de experiencia de guerra y el desconocimiento acerca del Estrés Postraumático y su sintomatología son la causa de que la mayoría de las personas afectadas psicológicamente por estas vivencias no hayan sido asistidas en el momento adecuado.

Había básicamente dos tipos de combatientes, el personal de cuadro (profesional), y el reclutado por medio del servicio militar de carácter obligatorio. Luego de finalizar la contienda, éste último fue dado de baja y retomó la vida civil.

Al personal militar del cuadro permanente se le dio una licencia y retomaron las obligaciones de rutina. Este no podía manifestar ninguna anomalía dado que se corría el riesgo de perder el ascenso al grado inmediato superior y /o que lo retiraran en forma obligatoria.

De aquellos que retornaron a la vida civil, se calcula al día de hoy que el 91,3 por ciento de los veteranos de Guerra, no recibe atención psiquiátrica o psicológica y el 76,2 no conoce lugares donde se brinda este tipo de asistencia.

En tanto, se comprobó que el 88,7 nunca recurrió a algún centro de salud mental, que el 72,1% no recibe atención médica de ningún tipo, que el 60,2% no tiene trabajo y que el 57,7% presenta síntomas molestias. Al día de la fecha hay alrededor de 260 suicidios sobre un total de casi once mil veteranos.

El Ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires también pudo comprobar que el 52,2 % de los ex combatientes no controla su agresividad, que el 41 % sólo alcanzó el nivel escolar primario, y que el 32,4 % ocupa una vivienda prestada.

Por su parte, en la población carcelaria, anteriores informes registraron un 2 por ciento de veteranos y acerca de las adicciones surgieron los siguientes datos: el 64,2 % consume diariamente cigarrillos , el 31,8% hace otro tanto con el alcohol, un 8 por ciento es adicto a los psicofármacos.

Estas son las cifras oficiales que están registradas al mes de Julio de 1997 (*se desconoce si hay otro informe oficial más reciente*).

El empobrecimiento, la pérdida de sentido, se da en todas o en casi todas las áreas, sea en los veteranos de guerra de Vietnam o la Argentina. Por marcar dos mundos diferentes, dos asistencias o cuidados distintos, pero una misma realidad: el padecimiento del trastorno de Estrés Postraumático.

Los sentimientos de soledad, desánimo golpean la puerta, varias veces durante el mes, la semana o por día. Cuando se le abre la puerta al dolor a través del tiempo, las defensas se desgastan y lo que es peor, se llega al convencimiento de que las cosas no mejorarán, puede volver esa frustración o enojo contra sí mismo; es una tentativa final de terminar con todo, ya sea mediante un grito (con el que pide ayuda), o bien en un intento real de poner fin a su vida (en casos extremos).

Las limitaciones físicas, para encontrar trabajo, el excombatiente, siente que hay cada vez más impedimentos sobre todo al día de hoy, la salud física y mental comprometida, las relaciones interpersonales empobrecidas y la persistencia en la disminución en el bienestar familiar, la perpetración de la violencia son una casi constante variable que se repite en los veteranos malvinenses.

El trastorno, cuando prevalece a través del tiempo, se hace crónico; se suma además el sufrimiento asociado con la guerra. Esto último, se extiende más allá de los signos y los síntomas del desorden hacia áreas más complejas de la patología social y funcional.

Muchos veteranos, sin poder superar el trauma de la guerra cayeron en los conflictos comunes a tantos sobrevivientes de casi todas las guerras: alcohol, violencia familiar, adicciones y se vieron impulsados, acaso sin saberlo, al suicidio. Entre las probables causas, habría que indagar, si no tiene que ver con la decepción, la ingratitud y el abandono.

El reclamo más común que se escucha en los excombatientes es: *"Queremos que se sepa la verdad. Queremos que alguien nos diga: "Gracias por lo que hicieron"*.



"Nosotros fuimos incomprendidos, porque teníamos que traer un triunfo y trajimos una derrota", comenta a la BBC Roberto Rubén Rada, un veterano de 39 años, casado y con una hija.

Rada recuerda, mate en mano, los años duros que siguieron a la guerra.

Según el secretario general de la Federación de Ex Combatientes de Malvinas, Rubén Rada, en la Anses figuran 7500 ex combatientes sin trabajo. La muerte de los padres de ex combatientes, en especial por problemas cardiovasculares o "el mal de la tristeza", es otro de los negros resabios de la guerra. Un 5 por ciento falleció dentro de los cinco años posteriores a la guerra por esa causa, contó Rada, un veterano cuyo padre, José, está dentro de esa estadística. Bibliografía: (5).

Setenta y cinco por ciento de los veteranos carecen de empleo y 60 por ciento tienen dificultades para acceder a una vivienda digna, según la Federación de Ex Combatientes de Malvinas, que nuclea a más de 100 asociaciones de todo el país. Bibliografía (5)



Según el Sr. Capitán de Navío Scotto Rocha, la falta de reconocimiento tras la derrota en las Malvinas hizo que numerosos ex combatientes guardasen bien adentro sus temores y frustraciones y los encerraran bajo llave.

El mismo, es un Capitán de Navío de Infantería de Marina que estuvo en Puerto Argentino durante 70 días. Sigue actualmente, en servicio en la Armada.

Scotto agradece haber encontrado el apoyo de su familia.

Sólo los que regresaron a un entorno inmediato que los contenía pudieron exteriorizar sus penas y eso les sirvió de terapia, como una forma de canalizar las duras experiencias de la guerra.

1966
Argentina pensó que el conflicto terminó en las islas Malvinas. Pero la batalla siguió en el continente, en la intimidad de sus protagonistas

"Gracias a Dios algunos tuvimos esa suerte y encontramos apoyo en la familia, en los amigos -dice agradecido. Pero no todos pudieron hallarlo. Hubo quienes se sintieron solos y eligieron el suicidio".

A él también lo rozó una muerte. Un subordinado suyo retornó a una vida familiar aparentemente normal, pero dos años después comenzó a tener pesadillas y terminó bajo tratamiento psiquiátrico. Cuando parecía que se había estabilizado, se mató.

Alberto Miguel Scotto Rocha

Apenado, Scotto coincide con Rada en que todos los problemas de la posguerra tienen un mismo punto de partida: "Argentina pensó que el conflicto terminó en las islas Malvinas. Pero la batalla siguió en el continente, en la intimidad de sus protagonistas".

Ex Soldados de la Victoria



El rotativo «The Mail on Sunday», informó que el 1 de marzo se dio comienzo, en el Tribunal Supremo, un proceso instado por 260 ex militares británicos contra el Ministerio de Defensa de su país. Los querellantes, entre los que hay supervivientes de las Malvinas, el Ulster, Bosnia y el Golfo, acusan al Ejecutivo de haberse desentendido de esta enfermedad (Estrés Postraumático). Bibliografía (6).

"La South Atlantic Medal Association (SAMA), es básicamente una organización para veteranos del conflicto de 1982, que no sólo incluye a ex combatientes sino también a las familias que perdieron seres queridos en esa guerra y a isleños.

"La mayoría de los veteranos han sido dados de baja por las fuerzas armadas y ahora son civiles. Las familias han sufrido su pena en estos años y han seguido viviendo.

"Por supuesto, hay un número de ellos, tanto ex combatientes como familiares, que no han podido superar lo que pasó".



Soldados británicos izan la bandera de las islas tras la rendición.

La BBC dialogó con Dengil Connick, secretario de la South Atlantic Medal Association (SAMA), y excombatiente inglés.

-Usted que ha estado en contacto con ex combatientes, ¿cuáles son las causas más comunes detrás de esa trágica decisión?

-Existe gran cantidad de síntomas que han sido agrupados bajo la condición denominada PTSD (sigla en inglés de Síndrome de Estrés Postraumático). Nosotros no teníamos esta terminología y esta clasificación de síntomas a mediados de los años 80. Sí contábamos con otras experiencias bien conocidas de regreso a casa tras una guerra, como en el caso de la Primera Guerra Mundial.

En esa época surgieron varios diagnósticos sobre los individuos que volvieron, pero no se habían detectado algunos síntomas que hoy sí se incluyen dentro del PTSD. Estos síntomas pueden manifestarse de muchas maneras. Por

ejemplo, en los primeros años posteriores a la guerra del 82 hubo soldados que se "encerraron" en sí mismos y no quisieron hablar, ni dejaron que nada ni nadie les recordara sus experiencias durante el conflicto.

Por eso, evitaron cualquier contacto con sus anteriores camaradas, con todo lo relacionado con su vida militar y lo que vivieron: desde no ver películas bélicas, hasta evitar cualquier cosa que les produjera un *flashback* o visión del pasado.



"La persona se retrotrae a la situación en la que fue testigo de eventos terribles".

En cierto sentido, es un recuerdo que se vuelve tan real que la persona se retrotrae a la situación en la que fue testigo de eventos terribles en pleno combate.

-¿Cuál es entonces el trabajo de una asociación como la suya?

-Nosotros tratamos de mantener en contacto a todos los que participaron en el conflicto. Si alguno de nuestros miembros está en apuros o necesita algo, tratamos de que tenga la atención y la ayuda necesaria.

Tenemos un gran apoyo de las que eran nuestras unidades militares en las tres fuerzas. A su vez, estamos vinculados con sociedades de beneficencia. También contamos con ayuda del gobierno de las islas.

Podríamos tener más colaboración de nuestro propio gobierno. No digo que no haya sido solidario, pero hay determinadas áreas en las que tratamos de que la ayuda sea mayor.

-Señor Connick: ¿cuál fue su experiencia en la guerra de 1982?

-Yo pertenecía a un regimiento de paracaidistas.

Estuvimos involucrados en batallas realmente encarnizadas, como las que se libraron en las afueras de Port Stanley, en el monte Longdon.

Llegamos a pelear con nuestras bayonetas en combates cuerpo a cuerpo, de trinchera a trinchera. Experimentamos todo lo que se puede llegar a vivir en una guerra.

Yo fui herido y me volaron una pierna. Por eso fui dado de baja, así que mi experiencia fue terrible.

Martes, 26 de marzo de 2002 - 21:02 GMT

Escribe el enviado especial de la BBC a Buenos Aires, Maximiliano Seitz.

La Conflictiva Observada en la Muestra

Lo que se aprecia en la población de Veteranos de Guerra son problemas relacionados con las dificultades económicas y sociales. Presentan también, ciertas dificultades para relacionarse en forma interpersonal, ya sea con sus familiares o con su círculo de amistades.

Se percibe que hay una gran mayoría en ver con apatía la planificación de su futuro, a esto se le suma el pasado con recuerdos no tan gratos y el presente con muchas limitaciones, sobre todo en el marco familiar.

Se observan que hay conductas impulsivas y con mucha irritabilidad, a veces desadaptadas y generadoras de constantes conflictos en el marco dentro y fuera de la esfera familiar.

En muchos casos se ha tenido que replantear la postura del suicidio hacia conflictivas existenciales, y de allí darle un sentido a la vida de excombatiente.

El alcoholismo y la drogadicción no son ajenos al problema, hay muchos que quedaron en el mismo, otros tuvieron una incursión momentánea y que salieron gracias al apoyo del entorno.

Si bien se le prestó asistencia gratuita, muchos de los veteranos no perduraron en el tratamiento, se fueron a la primer mejoría, o usaron su patología (existente), para obtener un certificado para presentar en las Juntas Médicas, para obtener logros económicos. Cambiaron su calidad de vida por una exigua renta.

El problema de la crisis actual, se le hace difícil enfrentar un trabajo, lo que antes era su orgullo por ser parte, de los que defendieron con honor la Patria, hoy se le vuelve en contra porque se los discrimina por ser "no tan normales".

Los recuerdos reprimidos del pasado, son parte de su presente ya que se presentan en forma de pesadillas, recuerdos intrusivos que funcionan como *flashbacks*.

9966

Llegamos a pelear con nuestras bayonetas en combates cuerpo a cuerpo, de trinchera a trinchera.

Experimentamos todo lo que se puede llegar a vivir en una guerra

Muchas veces aparecen en forma de estímulos inesperados como ser los sonidos de turbina de avión, fuegos artificiales, etc., o la angustiada llegada de la noche, por dar algunos ejemplos.

Muchos se sienten culpables o avergonzados de sucesos que experimentaron durante la guerra, o simplemente por haber vuelto mientras que hay compañeros quedaron en las Islas o en el fondo del mar.

En todas las entrevistas, es claramente delineado el antes y el después de la guerra, hay un sello inequívoco e indeleble que marca la propia identidad del veterano.

Bibliografía:

1. **Baigún David**, "Información General", *Clarín*, (7 de Abril del 2002).
2. **Briole, Viernes de Haan, Edelman Halsband, Kersner, Cordón, Lafont, Iagos, Lebigot, Ruíz López**, "Trauma Psíquico", *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, Publicación de Pólemos, S.A., Vol. IX, N° 31, (Marzo, Abril, Mayo de 1998).
3. **Clarín**, (Sábado 6 de Abril del 2002).
4. **Clarín**, www.550m.com, (Sábado 6 de Abril del 2002).
5. De la Redacción de LA NACIÓN, www.lanacion.com.ar
6. **Etchebarne Juan**, www.elmundoes.com, Suplemento de Crónica, N°330, Buenos Aires, (10 de Febrero del 2002).
7. **Himitián Evangelina**, *La Nación*, (7 de Abril del 2002).
8. **Información General**, *La Nación*, (14 de Junio de 2002).
9. **INSSJP, Federación de Veteranos de Guerra de la A.R.A.**, Programa de Investigación – Acción Participativa de los veteranos de Guerra de Malvinas.
10. **Comisión Nacional de Ex - Combatientes de Malvinas Ministerio del Interior**, "Situación General de los Ex-Combatientes de Malvinas", (Julio de 1997).
11. **Seitz Maximiliano** (Enviado especial de la BBC a Buenos Aires), www.BBCmundo.com, (Martes 26 de marzo de 2002)
12. **Sociedad: " Río negro on line"**, www.rionegro.com.ar , (14 de Enero del 2002).
13. **Valñente Marcela**, www.ipsenespanol.org
14. www.elchenque.com.ar, artículo publicado el 31 de Enero del 2000

d) Suicidios

Suicidios

Introducción

Del latín *sui*, de sí mismo y *caedēre*, matar. Acción y efecto de suicidarse (Quitarse violenta y voluntariamente la vida).

El suicidio es un intento de liberación de los sufrimientos que ese sentimiento le causa. Por lo general se desea la muerte a fin de causar pena ó culpa no sólo a sus familiares, sino a la sociedad toda. Todo suicidio se puede interpretar como un acto de venganza y de autocastigo.

En el terreno de la filosofía, se ha planteado esta problemática a través de la historia.

Platón en Fedón: Sócrates declara que los hombres se hallan en el mundo como un lugar “guardado”, una especie de cárcel, y que no está permitido evadirse de ella. Estamos bajo la guardia de los dioses y somos propiedad de ellos, por lo tanto, no está permitido darnos la muerte en un sentido parecido a como no consideramos permitido que uno de los seres que son propiedad nuestra se dé la muerte sin nuestra anuencia.

En las leyes, IX, 873 C, Platón expresa que el voluntariamente y por cobardía se quita la vida, deberá ser enterrado en un lugar aislado y desierto, sin gloria y sin nombre.

Aristóteles: considera al suicida como un cobarde que huye de la pobreza o del dolor.

Plotino: señala que el suicidio daña al alma, en la medida que podamos evolucionar, no podemos hacer que el alma salga del cuerpo, debido a que el tiempo de vida ha sido fijado para cada uno de nosotros. No obstante, deja un espacio en el hombre en el que el dolor y el sufrimiento se prolongan, el sabio decidirá ya que no se le ha arrebatado su libertad.

Desde la teología y filosofía cristiana, el suicidio es un pecado imperdonable por ser un acto contrario a la voluntad de Dios.

Kant también, en la *Metafísica de las Costumbres*, la persona está obligada a conservar su propia vida. Suicidarse es ofender la dignidad de la persona.

Entre los que aceptaban bajo ciertos reparos, estaban los Epicureos y los Estoicos.

Epicuro señalaba que es natural suicidarse si la existencia es una causa de aflicción, pero no cualquier aflicción justifica el suicidio; el “sabio” debe saber juzgar.

Los Estoicos reparaban sólo cuando la virtud o la dignidad son gravemente amenazadas y cuando se padece una enfermedad incurable. Nunca hay que perder el dominio de sí, con eso rechazaban la emoción de un momento como causa del suicidio.

Séneca lo adoptó como una acción de razón, porque hay un solo modo de entrar en la vida; muchos modos de salir de ella. Por lo tanto, *“si te place, vive; si no, libre eres de regresar al lugar del que viniste”*. *“No hay porque conservar siempre la vida, porque lo bueno no es vivir, si no bien vivir”*.

Nietzsche, en *El Ocaso de los Ídolos*, señalaba *“Morir de un modo altivo, cuando no es posible vivir dignamente. La muerte elegida voluntariamente, la muerte en tiempo oportuno, con claridad y serenidad...”*

Émile Durkheim investigó el fenómeno del suicidio y lo definió como *“toda muerte que resulta mediata ó inmediatamente, de un acto, positivo ó negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”*. Sólo hay suicidio donde existe intención de matarse.

Viktor E. Frankl; en su vivencia dentro del campo de concentración narra que antes de dormir en su primer noche en Auschwitz, que juró *“no lanzarse al alambrado”*, que es una expresión corriente en los campos de concentración, aludiendo a los que suicidan al arrojarse sobre la cerca con alambrado de púas electrificado con alta tensión.

Algunas Consideraciones Sobre la Problemática

La muerte aceptada como condición, sensible, haya sido querida expresamente y buscada por sí misma; lo cierto es que el sujeto en uno y en otro caso renuncia a su existencia.

Vulgarmente, el suicidio es el acto de desesperación de un hombre que no quiere vivir. Toda ruptura del equilibrio social, aunque estable de momento, tarda siempre algún tiempo en producir sus consecuencias.

El sujeto no aprecia seriamente los vínculos que tiene con las personas y cosas que lo rodean, los placeres carecen para él de atractivo, lo ve todo negro; la vida le parece fastidiosa y dolorida: son disposiciones constantes.

Las ideas de suicidio, están dotadas de una gran fijeza, y los motivos generales que los determinan son siempre los mismos. Los temores que torturan al sujeto, los reproches que dirige y los pesares que siente son siempre los mismos.

La persona que se mata se encuentra, también en un estado de abatimiento y depresión como el del alienado pero en el hombre hay una causa objetiva.

El factor imitación: un hombre puede imitar a otro, sin que sean respectivamente solidarios. Tiene su origen en ciertas propiedades de nuestra vida representativa, que no resultan de influencia colectiva.

Para que exista contagio, es preciso que una vez que la idea se haya apoderado del espíritu, se transforme por sí misma y de un modo automático en movimiento.

Vivencias con Veteranos y sus Ideas Suicidas

El abordaje de la problemática es de por sí, un tema es muy difícil de plantear por carecer de información fidedigna, salvo los números y algunos relatos que se hicieron por medio de la prensa.

Se puede aportar si, las experiencias que a lo largo de la investigación se fueron sucediendo para dar un panorama más amplio de este tema tan tabú para las autoridades y tan temido por los veteranos.

... Está sentado sobre un escritorio hamacando levemente sus piernas y miraba fijo, con la mirada perdida frente a un gran ventanal del piso 11; hacía más de tres horas le había dicho a sus compañeros de la agrupación que si las autoridades no le daban \$30 él se tiraría por la ventana.

Hablando con él, relata que tiene una familia, esposa y dos hijos chicos; está sin trabajo y el único ingreso que tiene era su venta ambulante de calcomanías y almanaques de Malvinas. Vive en una casa muy precaria en el Gran Buenos Aires, los vecinos son muy peligrosos, *“pero yo no les tengo miedo”*.

De noche duermo poco, los miedos me tensan y no puedo dormir más de 3 ó 4 horas. Siento que mi vida está en las Islas, siento culpa por lo que se quedaron. *“Quiero darles a mis hijos un futuro y sin embargo les doy miseria”*.

Mientras hablaba, recibe contención física (abrazo) y comienza a llorar, *¿Por qué a mí no me dan esa plata y a mi viuda sí...?*

Las tres condecoraciones sobre sus gastado uniforme camuflado, sus puños cerrados y ahora una mirada de tristeza, daban un marco muy personal al momento.

He pensado muchas veces matarme, es una idea que me va y que me viene desde que volví de las Islas, muchas veces pienso en mi familia, otras, no me importa mucho, sobre todo cuando se me aparecen escenas del frente, los lamentos, el olor a pólvora y carne quemada, me irrito muy fácilmente, agredí mucho a mi familia y después me arrepiento por lo que hice.

En el otro caso, Ramón relata que desde que vino de las Islas no había hablado con nadie; era Cabo de Infantería de Marina, sus fojas de servicios antes de la contienda fueron excelentes y estuvo siempre en el cuadro de honor en sus años de aspirante; durante la guerra tuvo un heroico desempeño y luego de su retorno, comenzaron conductas que nunca estuvieron en él, tomaba alcohol, fumaba, se peleaba por nada y tuvo muchos problemas de disciplina.

Lo que más contaba era que todas las noches se despertaba con imágenes de la guerra, algunas lo dejaban con mucha culpa por no haber hecho cosas que se recriminaba; no haber dado auxilio a los compañeros, ver como se morían otros mientras él peleaba, etc.

Luego de su baja buscaba pelearse, se encerraba en sí mismo, *“en tres oportunidades me vestí de uniforme para matarme”*, pero siempre sucedió algo que me sacó la idea de la cabeza.

Como es del interior del país, se alojaba en mi domicilio durante el tratamiento (fueron tres veces las que vino). Las horas que dormía eran más, el semblante hosco se fue transformando, *“sabe una cosa don Alberto, Ud. era mi última carta, yo ya no quería seguir viviendo, no así, todo el día drogado con las pastillas que me daban y para que, a eso de las 2 ó 3 de la mañana tener uno de esos sueños y ya me levantaba, me iba a preparar el mate, y veía como los vecinos con el tiempo se comenzaban a levantar y se iban de las casas a trabajar”*, *“la última vez que me puse el uniforme (para matarse) me había enterado de un veterano de Puerto Belgrano que se había suicidado, no sé porqué, yo no lo conocía, pero sentí que yo tenía que hacer lo mismo”*.

Son muchos más los relatos que han hablado del pensamiento en quitarse la vida, es más, es algo muy frecuente en los veteranos, sobre todo en los que padecen Estrés Postraumático, la prevalencia de ese pensamiento en mayor ó menor grado, aunque sea en algún momento de su historia de post guerra.

Lo que también es frecuente observar, lo poco que se hablan entre ellos (en la Agrupación de Veteranos). de ese tiempo vivido, de ese miedo a las noches insomnes. Está flotando en el ambiente, cuando se organizan los grupos de trabajo terapéuticos, y se expone lo sucedido, las emociones surgen pero sólo acompañadas de un extenso relato.

La Problemática de los Veteranos de Guerra

No existen cifras oficiales de excombatientes de Malvinas que se hayan suicidado en la posguerra. Esa falta de datos habla por sí misma del desamparo en el que vivieron desde el fin de la contienda. La Federación de Veteranos de guerra de la República Argentina calcula en 270, los suicidios al año 2002. Una cifra cercana a los muertos en Malvinas: 326 (otros 323 murieron en el hundimiento del crucero General Belgrano).

Apenas terminado el conflicto del Atlántico Sur, anualmente ocurrían 50 suicidios. Luego, ese cruel promedio disminuyó a una muerte cada año y medio.

Según los dirigentes de la Federación de Veteranos de Guerra de Malvinas, que reúne a unas 150 organizaciones y 10 mil asociados, los casos de suicidios están directamente relacionados con severos problemas sociales y de reinserción en el mundo civil. Bibliografía (14).

Si bien como se dijo anteriormente, en Argentina la cifra de ex combatientes en las Malvinas que se han suicidado está cerca de alcanzar la mitad de las bajas en combate, en Gran Bretaña la supera. Oficialmente en la guerra con Argentina murieron 255 británicos.

Según la Asociación del Distintivo del Atlántico Sur (Británica), desde 1982 se han suicidado 264 participantes en aquel conflicto. El último, hace tan sólo un mes. Charles Nish Bruce, miembro del cuerpo de elite de las SAS,

En Estados Unidos, donde se han hecho estudios detallados, se ha calculado que mientras 60.000 militares murieron en la guerra de Vietnam, casi tres veces esa cifra se han quitado la vida tras el conflicto, unos 170.000 veteranos. Bibliogr: (11).

Algunos Testimonios de Veteranos Argentinos

“...A los 15 años, Eduardo Paz se alistó en la Armada. A los 17 sirvió en el Destructor A.R.A. “*Seguí*”. Después pasó por el Portaaviones A.R.A. “*25 de Mayo*”. Llegó a ser cabo artillero. Cumplió 21 años en Malvinas. Volvió de la guerra. Pidió su baja. Intentó seguir viviendo. Se casó. Crió seis hijos. Sintió que su matrimonio se desbarrancaba.

El lunes 22 de noviembre de 1999 dejó sobre una mesa su agenda, un teléfono celular que le habían prestado y las llaves de su casa. Mintió ir al Centro de Veteranos de Guerra de Rosario. Caminó hasta el ***Monumento a la Bandera***. Subió por el ascensor los veintitrés pisos, hasta el mirador, hasta lo más alto. Miró el río. Volvió a intuir el mar, como cuando era chico y soñaba con palabras que ignoraba como pañol, amarras y sotavento. Se las ingenió para remover una reja de quita y pon para que la televisión registre los actos oficiales. Después se arrojó a la muerte desde setenta metros...” Diario Clarín, 6 de Abril de 2002.

Testimonio de los familiares:

“No quería ver. No se hablaba de la guerra en casa. El nunca habló. Ni en el trabajo ni con la familia. Mi hija mayor lo convenció de que viera a una psiquiatra. Y fue durante un tiempo. Pero nunca supimos qué hizo en Malvinas. Deben saber más los muchachos (*por el Centro de Veteranos de Rosario*) que nosotros.”

Entonces, el 9 de junio de 1991, Juan Alberto Villalba no pudo más. Se levantó temprano. Rescató del cajón de su voluntad deshecha el uniforme que había vestido alguna vez en Malvinas. Cosió sobre la tela verde, trajinada de tierra y quemada por el hielo de las islas, un par de botones viejos, negros, sólidos. Se puso el uniforme y le pidió a su madre que fuera a la casa de su hermana a visitarla. La mujer tuvo un atisbo de prevención, una sombra de recelo. Pero igual le hizo caso. El ex soldado Villalba se encerró en su pieza. Como a las diez de la mañana, se sentó en la mesa familiar para tomar unos mates junto a su padre. Quince minutos después, estaba muerto.

Testimonio de los familiares:

“Mi hijo se fue cuando empezaba a ser un hombre. Cuando volvió, volvió sólo una parte de él. Ya no era el mismo. Jamás habló de la guerra. Le había cambiado el carácter. No es que se hubiera vuelto violento, pero sí vivía como contenido. Me llevó seis meses hacerlo hablar de Malvinas. Y dijo poco: lo del frío, el hambre, la escasez de elementos para pelear. Se despertaba a la noche y andaba como un sonámbulo por toda la casa. Miraba mucha tele y casi no dormía.”

El ex soldado Villalba empezó a cambiar su carácter de manera más evidente en 1985. Se aisló. Trabajaba entonces en Techint, pero ya no salía de su casa. Pedía que le compraran los cigarrillos en el quiosco distante a media cuadra del que ya era su refugio, en la calle 9 de Julio del Talar de Pacheco.

Tuvo que dejar el trabajo y la municipalidad de Tigre le ofreció otro, poco adecuado para un veterano de guerra: cuidar las tumbas en el cementerio local. Empezó a tratarse en el gabinete psiquiátrico del Hospital Militar y el 3 de diciembre de 1990, siguió minuto a minuto el alzamiento carapintada

—“Se enchufó a la televisión. Pero seguía mal. Mi futuro yerno se quedaba a dormir con él para cuidarlo. Una noche, como a las dos, me golpea la puerta del dormitorio y me dice: *"Don Juan, Juancito no está, se me escapó..."* Lo encontramos atrincherado detrás de una parecita baja de aquí nomás. Decía que venía la guerra. Lo atendimos hasta que se durmió. *"Estoy mejor"* nos dijo. Cuando los chicos del colegio de aquí enfrente festejaron con cohetes el fin de clases, se metió abajo la cama y pedía armas porque venía el enemigo. No lo podían sacar entre tres enfermeros. Volvió al hospital. En mayo del 91 empezó con que le faltaba el aire. Lo llevamos al Hospital de Campo de Mayo.”

Bibliografía: (4).

No fueron, en muchos casos, suicidios silenciosos. Por ejemplo:

Un veterano, quebró el cristal de un espejo, se cortó la yugular y alcanzó a escribir con su propia sangre *"Muero con las bolas bien puestas"*

Como muchos que eligieron el balazo en la cabeza. Un suboficial de la Armada, previamente se había cubierto con la bandera Argentina.

Bibliografía: (3).

Juan Loncopán no era militar de carrera. Él fue a las Malvinas en cumplimiento del servicio militar. Vivía en la ciudad de Comodoro Rivadavia, en la Patagonia, a más de 2.000 kilómetros de Buenos Aires. Se ganaba la vida como empleado municipal y tenía cinco hijos.

Una noche de mayo del pasado año se encaminó hacia una cancha de fútbol y se quitó la vida ahorcándose con un cable. Dejó una carta: «Nunca pude superar la guerra de Malvinas y por eso finalizo mi paso por este mundo...». Tenía 37 años. Bibliografía: (3), (12).

En abril de 1999 Luis Alberto Lopresti también contaba 37 años. Después de haber servido en las Malvinas, trabajaba en Buenos Aires como remisero, un domingo, aprovechando que su mujer y su hijo de 12 años habían ido a misa, se ahorcó en la soledad de su apartamento. Bibliografía (6).

Algunos Testimonios de Veteranos Británicos

270 argentinos y 264 ingleses

El número de suicidios entre los veteranos británicos de la guerra de las Malvinas en 1982, supera ya al de caídos en combate, según una organización de apoyo a esos soldados. Bibliografía: (6).

264 veteranos ingleses de Malvinas se suicidaron desde 1982. El último, en enero del año 2002, fue el de Charles Nish Bruce, comando paracaidista de la fuerza SAS: se arrojó de un avión, sin su paracaídas. Bibliografía: (3), (6).

La Asociación de Medallas del Atlántico Sur afirma que veinte años después del final del conflicto es "casi seguro" que los casos de suicidio superaron los 255, el número de muertos en combate.

Ello se debe, según uno de los fundadores de la asociación, Denzil Connick, a la tendencia de los soldados a no confesar sus sentimientos y a la falta de recursos para hacer frente a la **depresión postraumática** entre los combatientes.

"Sabemos con certeza que hemos perdido una media de diez veteranos al año desde que terminó el conflicto y es un cálculo moderado. Bibliografía: (12)



Según Denzil Connick el ex paracaidista, que perdió una pierna en esa guerra, las investigaciones llevadas a cabo entre los veteranos de Vietnam y en Israel muestran una tendencia similar, por lo que la cifra "no debería sorprender".

Margaret Thatcher visitó las tumbas de los soldados británicos en las islas en 1983.

El problema, apunta, es que quienes padecen depresión postraumática pueden adquirir otros problemas asociados, como el alcoholismo o la adicción a las drogas.

"Quienes la padecen tienen problemas en relacionarse y algunos experimentan regresos al pasado o dificultades en sitios con mucha gente, como los supermercados. Otros muchos acaban entre rejas porque se han convertido en violentos o simplemente ya no pueden más", explica.

Las cifras salen a la luz después del suicidio, la semana pasada, de un ex miembro de la SAS, la fuerza de elite de la aviación británica, y veterano de las Malvinas. Charles "Nish" Bruce, paracaidista profesional, volaba junto a su novia de regreso desde España, donde había participado en una exhibición, cuando abrió la portezuela de su

aeroplano a 1.400 metros de altura y saltó al vacío sin ningún tipo de protección. Bibliografía (6).

Primeros Estudios Sociológicos sobre el Suicidio

Émile Durkheim fue uno de los iniciadores de la Escuela Sociológica Francesa, en 1897 publica el Libro “*El Suicidio*”, en el mismo se analizan distintos aspectos relacionados al tema y sobre distintas sociedades. Solamente en Francia, él tomó una muestra de más de veintiséis mil suicidios oficiales.

En uno de sus capítulos –aquí se hace una breve síntesis de él-, se estudia el suicidio de las poblaciones de los militares, en él destaca que es un hecho observado que la aptitud de los militares para el suicidio es muy superior a la de la población civil de la misma edad. (ver cuadro)

Según expresa Durkheim, “*Los individuos que componen el Ejército representan, bajo el punto de vista físico, la flor del país. Escogidos con cuidado, no tienen defectos orgánicos que sean graves. Además, el espíritu de cuerpo, la vida en común, debería tener aquí la influencia profiláctica que ejerce en otras partes. ¿De dónde procede, pues, tan considerable agravación?*”

Según un censo hecho en 1866, tenían una edad media de un poco más de treinta años. La cifra a que subían entonces los suicidios de célibes de treinta años; habiendo casi doblado el número de los suicidios de uno a otro de esos períodos, el porcentaje de los célibes de edad considerada ha aumentado ciertamente.

Por consiguiente, al comparar los suicidios de los suboficiales de 1867-74 a los solteros de 1889-91, podríamos, desde luego, atenuar, y no empeorar la mala influencia de la profesión militar.

El Cuerpo de Oficiales ha dado un promedio, de 1862 a 1878, de 490 suicidios por millón de sujetos. Su edad media era, en 1866 de treinta y siete años y nueve meses. Como muchos son casados, no es a los célibes de esa edad a los que hay que compararlos, sino al conjunto de población masculina, solteros y casados reunidos. A los treinta y siete años, en 1863-68, un millón de hombres de todos los estados civiles sólo daba un poco más de 200 suicidios. Ese número es a 430 como 100 es a 215, lo que hace un coeficiente de agravación de 2,15, que *en nada depende del matrimonio ni de la vida familiar.*

Ese coeficiente que varía de 1,6 a cerca de cuatro no puede **explicarse** más que **por causas propias del estado militar.**

	SUICIDIOS POR		Coeficientes de agravación de los soldados respecto a los civiles.
	Un millón de Soldados	Un millón de civiles de la misma edad.	
Austria (1876-90).....	1.253	122	10
Estados Unidos (1870-84)	680	80	8,5
Italia (1876-90).....	407	77	5,2
Inglaterra (1876-90).....	209	79	2,6
Wurtemberg (1846-59).....	320	170	1,92
Sajonia (1847-58).....	640	369	1,77
Prusia (1876-90).....	607	394	1,5
Francia (1876-90).....	333	265	1,25

Con la sola excepción de Dinamarca, el Ejército francés es el menos atacado por el suicidio, en Europa. ¿A qué atribuirlo?

Se ha pensado en el *alcoholismo*, que, se dice, se ensaña con más violencia en el Ejército que en la población civil. Pero por lo pronto, si el alcoholismo no tiene influencia definida sobre el porcentaje de suicidios en general, no podría tenerla mayor sobre el porcentaje de los suicidios militares en particular.

Después, con los pocos años que dura el servicio (tres en Francia y dos y medio en Prusia), no podrían bastar para producir tan gran número de alcohólicos con que se pudiese explicar el enorme contingente que el Ejército suministra al suicidio.

La causa que se ha invocado más frecuentemente es el: ***disgusto del servicio.***

Esta explicación concuerda con la hipótesis corriente, que atribuye el suicidio a las dificultades de la existencia, porque los rigores de la disciplina, la ausencia de libertad, la privación de toda comodidad, hacen que se esté inclinado a mirar la vida de cuartel como particularmente intolerable.

Es lógico admitir que el disgusto del oficio debe ser mucho más pronunciado durante los primeros años de servicio e ir disminuyendo a medida que el soldado se acostumbra a la vida de cuartel.. Ahora bien, *no pasa nada de esto, como lo prueba el cuadro siguiente:*

EJERCITO FRANCES			EJERCITO INGLES		
Años de servicio	Suboficiales y soldados		EDAD Años	Suicidios por cada 100.000 sujetos.	
	Suicidios anuales por cada 100.000 sujetos. (1862-69)			En la metro-poli	En la India
Menos de un año	28		20-25	20	13
De 1 a 3	27		25-30	39	39
De 3 a 5	40		30-35	51	84
De 5 a 7	48		35-40	71	103
De 7 a 10	76				

En Francia, en menos de diez años de servicio, el porcentaje de los suicidios ha triplicado casi, mientras que en los célibes civiles, durante ese tiempo, solamente pasa de 237 a 394. En los Ejércitos ingleses de la India, se hace, en veinte años, ocho veces más elevado; nunca el porcentaje de los civiles progresa tan rápidamente. Esto prueba que la agravación propia del Ejército no está localizada en los primeros años.

Parece que, desde luego, ocurre lo mismo en Italia. Es cierto que no tenemos cifras proporcionales al efectivo de cada contingente. Pero las cifras en conjunto son sensiblemente las mismas para cada uno de los tres años de servicio: 15,1 para el primero, 14,8 para el segundo, 14,3 para el tercero.

Es válido suponer que al inicio del Servicio Militar cierto número de suicidios que sean debidos realmente al cambio de existencia. Se cuenta, en efecto, que en Prusia son excepcionalmente numerosos durante los seis primeros meses. Del mismo modo, en Austria, por cada 1.000 suicidios, hay 156 llevados a cabo durante los tres primeros meses, lo que ciertamente es una cifra muy considerable.

La vida militar es mucho menos penosa, la disciplina menos ruda, para los oficiales y suboficiales que para los simples soldados. En Austria hay un suicidio de oficial por nueve suicidios de simples soldados, cuando, evidentemente, hay mucho más de nueve hombres de tropa por oficial. Del mismo modo, aunque no haya un suboficial para dos soldados, hay un suicidio de los primeros por 2,5 de los segundos.

El disgusto en la vida militar, debería ser menor en los que la eligen libremente y por vocación. Los enganchados voluntarios y los reenganchados, deberían presentar una menor aptitud para el suicidio. Muy al contrario, éste es excepcionalmente crecido.

		Porcentaje de suicidios por un millón.	Edad media probable.	Porcentaje de los célibes civiles de la misma edad (1889-91)	Coficiente de Agravación
Años 1875-78	Enganchados Voluntarios	670	25 años	entre 237 y 394, o sea 315	2,12
	Reenganchados	1.300	30 años	entre 394 y 627, o sea 510	2,54

La intensidad de la inclinación que manifiestan los reenganchados es, sobre todo, notable, puesto que continúan en el Ejército después de haber hecho la experiencia de la vida militar

Reflexión

Se agregó este estudio de la literatura clásica sobre la investigación sociológica como un reflejo de las sociedades en que se produce el hecho estudiado, no obstante las causas que se quieran investigar del porqué el individuo se quiere quitar la vida; el hombre continúa siendo un misterio.

Quizás según mi apreciación, que el hombre en esas circunstancias límites, no quiere aceptar su finitud, está de alguna manera, inmerso en la omnipotencia de "poderlo todo", pero la realidad le marca una frontera que él no quiere aceptar. En lugar de buscar nuevos horizontes que lo orienten a una nueva expresión vital, espiritual; se arraiga en sus pensamientos que lo sumergen en la inautenticidad de su ego.

La persona, al descender al abismo de la profundidad de sus pensamientos, encuentra la angustia y entonces descubre su existencia temporal y finita. Como un estar sosteniéndose en ella y definiéndola en cada momento.

Bibliografía:

1. **Baigún David**, "Información General", *Clarín*, (7 de Abril del 2002).
2. **Briole, Viernes de Haan, Edelman Halsband, Kersner, Cordón, Lafont, Iagos, Lebigot, Ruíz López**, "Trauma Psíquico", *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, Publicación de Pólemos, S.A., Vol. IX, N° 31, (Marzo, Abril, Mayo de 1998).
3. **Clarín**, (Sábado 6 de Abril del 2002).
4. **Clarín**, www.550m.com, (Sábado 6 de Abril del 2002).
5. De la Redacción de LA NACIÓN, www.lanacion.com.ar.
6. **Diccionario Básico Espasa Quince**, Espasa-Calpe, S.A., Tercera edición, Madrid, (1984).
7. **Durkheim Émile**, *El Suicidio*, Ediciones Coyoacán, S.A. de C.V., Quinta edición (1999).
8. **Etchebarne Juan**, www.elmundoes.com, Suplemento de Crónica, N°330, Buenos Aires, (10 de Febrero del 2002).
9. **Ferrater Mora José**, *Diccionario de Filosofía*, Editorial Ariel, Barcelona, (1994).
10. **Himitián Evangelina**, *La Nación*, (7 de Abril del 2002).
11. **Información General**, *La Nación*, (14 de Junio de 2002).
12. **INSSJP, Federación de Veteranos de Guerra de la A.R.A.**, Programa de Investigación – Acción Participativa de los veteranos de Guerra de Malvinas.
13. **Comisión Nacional de Ex - Combatientes de Malvinas Ministerio del Interior**, "Situación General de los Ex-Combatientes de Malvinas", (Julio de 1997).
14. **Platón**, Fedón, Editorial Universitaria de Buenos Aires, Buenos Aires, (1976).
15. **Nietzsche F.**, *Aforismos*, Santiago Rueda Editor, Buenos Aires, 1951
16. **Seitz Maximiliano** (Enviado especial de la BBC a Buenos Aires), www.BBCmundo.com, (Martes 26 de marzo de 2002)
17. **Sociedad: " Río negro on line"**, www.rionegro.com.ar , (14 de Enero del 2002).
18. **Valñente Marcela**, www.ipsenespanol.org
19. www.elchenque.com.ar, artículo publicado el 31 de Enero del 2000

e) Factores Psicodinámicos

Introducción

En 1880, Pierre Janet, sobre una concepción ecléctica, inició posiblemente el primer abordaje terapéutico en forma sistemática de la patología postraumática. Nunca desarrolló una nosología para un desorden de Estrés post traumático en sí, pero reconoció claramente la naturaleza y describió todos los criterios contemporarios del DSM III para el PTSD con gran detalle tanto en sus historias de casos como en sus trabajos teóricos.

Janet dividió la respuesta al trauma en tres etapas:

1. Etapa es una mezcla de reacciones disociadas (histéricas), rumiaciones obsesivas, y agitación generalizada precipitada por un evento traumático.
2. Etapa de sintomatología pos traumática retrasada consiste en una mezcla de síntomas histéricos, obsesivos y de ansiedad, en la cual es generalmente difícil reconocer la etiología traumática de los síntomas.
3. Etapa está caracterizada por (lo que los autores modernos denominan) decline post traumático e incluye desordenes de somatización, de despersonalización, y melancolía, terminando en alejamiento social y apatía.

Al igual que los escritores modernos, Janet reconoció que en casos crónicos la recuperación completa es rara, aún cuando el paciente es capaz de recontar el trauma en detalle.

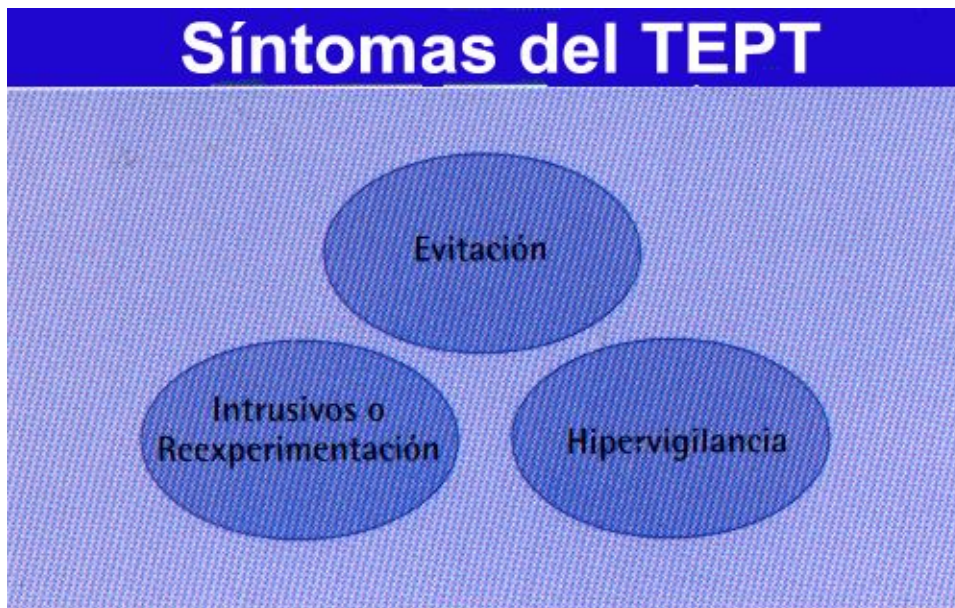
Janet sabía de la necesidad de establecer una relación especial y segura entre paciente y terapeuta antes del inicio del tratamiento de las memorias traumáticas. Si bien consideró al “rapport” como indispensable para el abordaje del trauma, reconoció que los pacientes severos, estaban con mayor predisposición a la idealización del terapeuta, la cual podía desencadenar en una intensa “pasión somatobulística”.

Al igual que Freud (1911/1959), quien posteriormente declaró que “la transferencia es una resistencia”, Janet considero al rapport como un síntoma de enfermedad y al mismo tiempo como un vehículo para la cura.

Al día de hoy, se lo considera a Janet como el paradigma de la Escuela Francesa.

1. Enfoque Filosófico

El enfoque filosófico que se adopta es el Existencial, el abordaje psicológico que se sugiere para el abordaje terapéutico, es el Holístico.



EXISTENCIALISMO:

Las raíces del Existencialismo están en Filósofos como Sócrates, la Escuela Estoica y la Agustina, y su primer representante es Kierkegaard.

Fue un movimiento que se realizó en reacción por la filosofía especulativa, sobre todo por los pensamientos del Idealismo (Hegel).

El Hombre es un existente, no es ninguna substancia, susceptible de ser determinada objetivamente (cosificada). Su ser es un constituirse a sí mismo, en tanto proyecto.

Los caracteres del *Dasein* son “modos de ser posibles para él en cada caso” en cuanto se proyecta. El hombre, se determina en función de las posibilidades, no de lo que ha *sido*, es decir, de lo que todavía no es, ad-viniendo hacia sí, desde el futuro.

La *esencia* –*el eidos*” aspecto”-(desde el punto de vista intemporal), se ha hecho presente, porque, tales determinaciones están dadas desde el pasado; por eso Aristóteles la denominó “lo que *era* para ser”.

El hombre no es un *qué*, sino un *quién*. En todo caso, su “*esencia*”, equivaldrá a su *ser*, que “reside en su existencia” –donde existencia sería el *modo* concreto cómo *en cada caso* el hombre, en cuanto a comprensión del ser, en tanto proyecto, se comprende a sí mismo.

Así el Existencialismo puede explicar que el hombre pueda interpretarse a sí mismo como un animal racional o como criatura de la divinidad.

Se busca con el concepto de *existencia* llegar al fondo o fundamento mismo del hombre, y a la vez explicar todas las posibilidades porque constituye la condición de posibilidad de *todas* ellas.

En otras palabras, él puede interpretarse en un haz de posibilidades, porque ninguna interpretación puede ser posible sino, en el horizonte del advenir.

Por eso el hombre no es nada fijo, no es nada “objetivo”, no es substancia ni cosa, nada que esté dado en alguna parte; sino existencia o trascendencia, sólo “es” en el proyecto mismo. El movimiento del adelantarse a sí para llegar hacia sí, hacia lo que ya es, en función del proyecto-del-ser.

El existencialismo sostiene que la existencia humana se descubre en el hecho que esta existencia no puede “vivir por sí”, la existencia no es *ser*, sino *relación con el ser*.

FENOMENOLOGIA:

Tratado o discurso sobre los fenómenos. En la filosofía hegeliana, la ciencia que muestra la sucesión de las diferentes formas por las que atraviesa la conciencia hasta llegar al saber absoluto.

Para Husserl, la fenomenología es un método consistente en la descripción del contenido intencional de las actitudes y vivencia psíquicas.

Para Lambert, a fenomenología es la “teoría de las apariencias”, el fundamento de todo saber empírico.

Kant ha hablado también de una *phenomenología generalis* que debería preceder a la metafísica y trazar la línea divisoria entre el mundo sensible y el inteligible para evitar ilegítimas transposiciones del uno al otro. Por su parte, al establecer una distinción entre la psicología y la lógica, Hamilton señala que la primera es una fenomenología, pues se refiere a lo que aparece en vez de aplicarse al pensamiento en cuanto tal.

Sentido husserliano y posthusserliano de fenomenología:

En la actualidad, cuando se habla de fenomenología se tiende a entender por ella principalmente la fenomenología de Husserl. La fenomenología es a la vez un “método” y un “modo de ver”. Ambos se hallan estrechamente relacionados, por cuanto el método se constituye mediante un modo de ver, y este se hace posible mediante el método. Este se constituye tras la depuración del psicologismo.

Ciertos actos, como la abstracción, el juicio, la inferencia, etc. no son actos empíricos: son actos de naturaleza intencional que tienen sus correlatos en puros “términos” de la conciencia intencional.

Esta conciencia no aprehende los objetos del mundo natural como tales objetos, pero tampoco constituye lo dado en cuanto objeto de conocimiento: aprehende puras significaciones en cuanto son simplemente dadas y tal como son dadas. La depuración antes mencionada lleva, así, al método fenomenológico y a la vez constituye tal método.

Con el fin de poner a este en marcha es menester adoptar una actitud radical: la de la “suspensión” del “mundo natural”. La creencia en la realidad del mundo natural y las proposiciones a que da lugar esta creencia son “puesta entre paréntesis” por medio de la epojé fenomenológica.

Mediante la epojé le es posible a la conciencia fenomenológica atenerse a lo dado en cuanto tal y describirlo en su pureza.

La fenomenología es una pura descripción de lo que se muestra por sí mismo, de acuerdo con el “principio de los principios”: reconocer que “toda intuición primordial es una fuente legítima de conocimiento, que todo lo que se presenta por sí mismo “en la intuición” debe ser aceptado simplemente como lo que se ofrece, aunque solamente dentro de los límites en los cuales se presenta.

En la actividad intencional pueden distinguirse dos polos: el noético y el noemático. No se trata de dos realidades, y menos aun de dos actos distintos, sino de dos extremos de un simple y puro “flujo intencional”. La atención hacia lo noemático es lo característico de la intuición de las esencias. La atención hacia lo noético es lo característico de la reversión de la conciencia hacia sí misma. Mediante esta operación se obtiene la conciencia pura, trascendental, como residuo último de la reducción fenomenológica.

HOLISMO:

Este vocablo ha sido empleado para designar un modo de considerar ciertas realidades –y a veces todas las realidades en cuanto a tales- primariamente como totalidades o “todos” y secundariamente como compuestas de ciertos elementos o miembros.

El holismo afirma que las realidades de que se trata son primeramente estructuradas. Los miembros de tales estructuras se hallan funcionalmente relacionados entre sí, de suerte que cuando se trata de dichos miembros se habla de relaciones funcionales más bien que disposición u orden.

Kurt Goldstein, especialmente en su obra de 1934, ha caracterizado los organismos individuales como entidades “holísticas”: Los organismos son sistemas que funcionan como un todo, de tal suerte que “un estímulo dado debe producir cambios en el organismo entero”.

La idea, o postulado, de un holismo (o totalismo) se ha aplicado a veces específicamente a la sociedad humana, ya sea como concepción de la naturaleza de la realidad social o bien como modo de explicación de esta realidad. En el primer caso se habla de holismo ontológico (social), en el segundo, de holismo metodológico(social).

El holismo se contrapone al individualismo, en particular el holismo metodológico se contrapone al individualismo metodológico.

Jan Christian Smuts ha usado el vocablo “holismo” en un sentido mucho más general. En su obra de 1926, Smuts indica que aunque el holismo o totalismo no es incompatible con el mecanicismo, es un concepto mucho más

fundamental que el último, trascendiendo y superando en todos los órdenes del mecanicismo.

El holismo es, según Smuts, un modo de contestar a la cuestión de cómo es posible que diversos elementos o factores formen una totalidad o unidad distinta de ellos, es “un proceso de síntesis”.

La importancia creciente de la filosofía del lenguaje, en relación con el significado aparece sobre el concepto, de que una palabra aislada no tiene realmente sentido por sí misma, sino en cuanto forma parte de una unidad más amplia (un lenguaje, una teoría)

2. Enfoques Psicológicos

Psicoterapia del trastorno por estrés postraumático

Es importante destacar que la psicoterapia puede abordarse sola o acompañada por medicación cuando el profesional lo considere indicado y cuando exista ayuda especializada disponible.

A la hora de decidir el tratamiento, hay posturas que sostienen que es preferible iniciarlo con fármacos y evaluar sus efectos antes de recomendar una psicoterapia. Si bien esta es una postura respetable, se considera oportuno señalar que, hay que evaluar el riesgo de una recaída después de la suspensión de la medicación.

El modelo cognitivo

Conocer es aprender a captar lo otro en tanto otro. Con ello se supone la co-presencia efectiva de un sujeto (cognoscente) y de un objeto (conocido) que en este acto se relacionan de tal forma, que aquello (objeto) que primero estaba por naturaleza fuera del sujeto, llegue a estar ahora presente en él de un modo inmaterial y sin perder, entonces, su real alteridad.

En cada oportunidad se ejerce en la vida una actividad muy compleja que implica la puesta en marcha de todas las capacidades y se desarrollan según un ordenamiento cognoscitivo de acuerdo a la realidad profunda del objeto.

Esta realidad se puede ordenar en niveles como ser:

1. Organización formal.
2. Organización del significado.
3. Organización del inteligible del contenido.

1. **Organización Formal:** El proceso se inicia por el estímulo (acción física o intencional) que de las cualidades sensibles de los objetos sobre los órganos sensoriales y la consecuente aprehensión inmediata (asimilación cognoscitiva) de tales cualidades por parte de los sentidos externos con cierta configuración espacio temporal, actualizados por ellas.

2. Organización del Significado: Hasta aquí el individuo está percibiendo estímulos neutros en movimiento o quietud. Esos contenidos formales, por así decirlo, reciben una nueva transformación dado el cual el sujeto aprehende el contenido real o significado concreto de la realidad. Esta organización es un proceso de valoración producto de un sentido interno, la *cognitiva* donde se integran los contenidos pasados y presentes. Este proceso se sintetiza en la colocación del objeto en su contexto real entre los demás objetos y en la relación adquiere una comparación entre los datos o asociaciones espacio-temporales. Contenidos de caracteres sensibles.
3. Organización Inteligible: Aquí es el nivel donde se aprecia un cambio cualitativo de los contenidos de los estímulos recibidos, es la conversión de la materialidad del carácter sensible a la espiritualidad de la idea. Es aquí , en este nivel donde se da la verdadera interpretación. Es aquí donde se puede ir de lo sabido a lo ignorado, y según el cual se van haciendo nuevas realidades y por ende nuevas significaciones gracias al cual, se van haciendo presente nuevas realidades.

En el abordaje del Trastorno por Estrés Postraumático sostengo que los sujetos afectados, son incapaces de asimilar o pensar racionalmente el acontecimiento traumático. Los síntomas se continúan reexperimentando y mediante conductas de evitación se busca eludir o minimizar sus efectos. La Persona no tiene la libertad de elección, está como “programada”, desde este enfoque lo que se propone es la necesidad de darse cuenta de tal situación, para que pueda lograr un mayor ajuste sujeto – objeto.

El paciente pasa alternativamente de tener conciencia del problema, a períodos de bloqueo. La naturaleza del recuerdo del trauma está muy sujeto a variables personales. Es necesario comprender que el individuo en su relación con el medio está afectado, le cuesta pedir o simbolizar sus necesidades y la labor terapéutica tiene que estar orientada a que logre obtener un mayor control de sí mismo y por ende buscar que se libere de esa “cárcel” en la que está inmerso todos los días.

El modelo conductual

Se sustenta en el aprendizaje, todas las conductas (patológicas o no) se basan en la frecuencia de aparición de determinados estímulos que con la reiteración se produce un hábito. El desarrollo del trastorno presenta dos fases claramente diferenciadas:

1. El estímulo Incondicionado sería la *Experiencia Traumática*, se aparea a un estímulo Neutro que serían todos los *Elementos que se pueden captar con los sentidos*.
2. Una vez establecida la relación unívoca; E. Neutro (elementos: cosas, luces, sonidos, olores, imágenes, etc.), con el E. Incondicionado: E. Traumática; el sujeto desarrolla un patrón de conductas de evitación cuando percibe cualquiera de los dos estímulos.

El modelo psicoanalítico

El trauma reactiva un conflicto infantil no resuelto. El revivir traumas de la infancia produce una regresión y la utilización de mecanismo de defensa como la represión, la negación, y la anulación. Desde este modelo, no se acepta que el suceso traumático sea en sí mismo, el generador del trauma sino que sólo es activador de un conflicto infantil no resuelto.

Bibliografía:

1. **Dr. L.C. Béla Székely**, “Diccionario de Psicología”, Editorial Claridad, Colombia. (2000).
2. **Dr. Bronstein Roberto, Dra. Fernández A. Liliana**, “Trastorno Estrés Postraumático”, Este trabajo es parte del “Programa de Educación Médica Continua” de Interclínicas Psi, WWW.interclnicas-psi.com.ar.
3. **Dr Kertész. Roberto, Kerman Bernardo**, “El Manejo del Stress”, Editorial Ippem, Buenos Aires, (1985).
4. **Laplanche Jean, Pontalis Jean-Bertrand**, “Diccionario de Psicoanálisis”, Editorial Labor, S.A., Barcelona, (1993).
5. **Dr. Rosetti López Daniel**, “Epidemia del Siglo XX: Estrés, Cómo Entenderlo Entenderse y Vencerlo”, Editorial Distribuidora Lumen SRL, Buenos Aires – México, (2000).
6. **Yehuda R. And Davidson J.**, Manual para Clínicos sobre: “Trastorno por Estrés Postraumático”, EE.UU., (2002).

MÓDULO 4

5. La Afección a través de la Historia

6. Marco teórico

- a) Epidemiología**
- b) Etiología**
- c) Factores Bilógicos**
- d) Diagnóstico**
- e) Diagnóstico Diferencial**
- f) Síntomas Clínicos**
- g) Tratamiento Psicofarmacológico**
- h) Tratamiento Psicológico**

5. La Afección a través de la Historia

Desde que el hombre habita en la tierra se vió enfrentado a situaciones altamente estresantes o traumáticas. Catástrofes naturales y generadas por él mismo. Maltratos, abusos, guerras y demás hechos violentos han acosado al ser humano a lo largo de la historia. El avance de las sociedades han traído aparejado que estos impactantes acontecimientos se vayan manifestando de distintas formas o modos, pero con igual o mayor grado de agresividad al ser humano.

La comunicación ha dado por un lado, un aporte muy positivo a la humanidad, pero a la vez por la velocidad e intensidad de algunas noticias, altera la calidad de vida haciendo vivir situaciones angustiantes, como pasó por ejemplo, con la caída de las Torres Gemelas, los enfrentamientos armados, etcétera, aportando por otro lado, consecuencias negativas para la salud y son padecidas a escala global.

Actualmente se ha comprobado que el efecto de un hecho traumático -ya sea vivenciado o relatado- es capaz de alterar al sujeto en los tres niveles: biológico, psicológico y social. De tal manera que el mero recuerdo del acontecimiento puede opacar en todo sentido la vida del sujeto, hasta enrarecer la facultad de comprender adecuadamente la realidad.

Es preciso decir que a lo largo de la historia de la psiquiatría aparecieron distintas visiones y discusiones sobre las causas posibles del trauma: si eran orgánicas, psicológicas o sociales; si el origen de la enfermedad se encontraba en el suceso traumático en sí mismo o si se necesita una vulnerabilidad preexistente; si el trauma era el hecho en sí mismo o la interpretación subjetiva que el individuo le da al mismo.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) existe desde el año 1980 como tal, esto es, como una categoría diagnóstica bien delimitada e incluida en la nosología actual, debido a circunstancias históricas que más adelante veremos.

1. Estudio del campo semántico de los términos utilizados

En la línea de tiempo que se presenta en esta sección aparecen como ejes conceptuales y en forma cronológica los términos Neurosis Traumática o de Guerra y, posteriormente, Trastorno de Estrés Postraumático.

Vemos necesario definir en primer lugar los vocablos que conforman el cuadro en cuestión y los relacionados a éste, remontándonos a su etimología.

Neurosis

El primer vocablo, "*Neurosis*", fue creado por Cullen (1777), y se refiere a todos los síntomas nerviosos sin base orgánica conocida. Dicho sentido es seguido por Pinel y demás especialistas del siglo XIX hasta que la doctrina freudiana le otorgó el significado moderno; desde 1895, confiriéndole al conjunto de síntomas que la comprenden, un sentido, una etiología, una psicopatología, y una teoría de su producción.

Para el Psicoanálisis es una afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa.

Traumático

Para la Real Academia Española: “Traumático”: Pertenciente o relativo al traumatismo. “Traumatismo”: Lesión de los tejidos por agentes mecánicos generalmente externos. “Traumatismo”: Lesión de los tejidos por agentes mecánicos generalmente externos

El término, aparentemente tiene una raíz indoeuropea: *ter* (usar frotando, agujerear) para luego pasar al griego, en primer lugar como *titroskein* (herir, deteriorar) y *troma* (herida, desastre, daño, derrota) para fusionarse en *traumatikos* (bueno para las heridas), pasar al latín como *traumaticus* y a las lenguas latinas como *traumático* con todos los significados antes mencionados. Significaciones que se mantuvieron en el lenguaje de la Medicina del siglo XIX y, figuradamente, en la Psicología desde principios del siglo XX.

Desde lo Psicológico, podemos decir que *trauma*; es un acontecimiento anímico vivencial que “hirió” a la Persona dejando sus huellas afectivas en la conciencia. Esa lesión espiritual se puede simbolizar como si estuviera una espina encarnada en la planta del pie del individuo, en cada paso que éste dé con ese pie, el dolor, la ansiedad y la angustia se hacen presentes.

Trastorno

Para la Real Academia Española: “Trastorno”: Inquietar, perturbar, causar disturbios o sediciones / Perturbar el sentido o la cabeza, los vapores u otro accidente / Inclinar o vencer con persuasión el ánimo o dictamen de uno, haciéndolo deponer el que antes tenía.

Este término proviene del griego: *sundrome* – reunión, en el sentido de algo concurrente, un encuentro, una encrucijada – y fue introducido en Medicina en el siglo XVI, traducido de Galeno al inglés por Copland (1541) generalizándose su uso en el primer tercio del siglo XIX.

Al hablar de “Trastorno” estamos utilizando el sentido que se le da en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM IV), es decir como sinónimo de “Síndrome”; en Medicina, reunión de signos y síntomas que conforman una entidad clínica sin precisar etiología.

“Trastorno” también se lo emplea en la Décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), ya que la versión española del vocablo se usa con mayor amplitud que en la inglesa, porque por un lado define el ámbito de la nosología y por otro conserva la ambigüedad indispensable para incorporar los avances del conocimiento (pag. 11, CIE 10).

La Persona al pensar, no sólo hace uso de una facultad humana, se involucra, se hace cargo de sí mismo, construye su realidad. Al pensar damos creación a

nuestro mundo, predisponemos nuestros sentimientos por eso todo aquello que no se ajusta a nuestras expectativas nos perturba, El sentimiento de actualidad en relación a nuestras potencialidades nos causa no miedo, sino angustia. El miedo está relacionado con algo, mientras que la angustia es ontológica.

De todas las realidades que tiene el hombre, el sufrimiento es lo que más nos cuesta compartir con los demás, experimentamos un estado de soledad que adquiere un carácter trágico, por eso será que se siente con una mayor intensidad. La libertad no nos libera, nos ata, nos responsabiliza a ser como decidamos ser, aún, pensando que lo hacemos por lo que “me dicen que haga”.

Eso es quizás uno de los puntos troncales del Trastorno, la vivencia que retorna continuamente al presente a través de cualquier estímulo y me enuncia la finitud, la pregunta sufriente sin una respuesta lo suficientemente abarcativa y que nos deja con la sensación de vacío existencial.

Estrés:

Para la Real Academia Española: “*Estrés*”: Situación de un individuo vivo, o de alguno de sus órganos o aparatos, que por exigir de ellos un rendimiento muy superior al normal, los pone en riesgo próximo de enfermar / Tensión, sobre esfuerzo / Agotamiento.

El término posee un origen más remoto; en latín clásico *stringere*, *supim estrictum*, aludían a estrecho y estricto que concernían en el latín popular a *strictiare* del cual pasó al francés antiguo como *estrecier*, *estrece*, *destrece* para aludir estrechez, opresión. El término pasó del francés al inglés en el siglo XIII como *distress* (aflicción) y, por supresión, en el siglo XIV se transformó en *stress* (prueba, aflicción, presión, contrariedad, esfuerzo, tensión, agresión).

El científico húngaro Hans Selye, fue el que primeramente describió en 1936, y acuñó la palabra “*estrés*”, para designar este síndrome, pero con un significado netamente biológico, lo aplicó en Medicina para designar la respuesta del organismo a factores de agresión psicológica y fisiológica en el marco de su conocido Síndrome General de Adaptación (SGA).

Estrés: Situación de un individuo vivo, o de alguno de sus órganos o aparatos, que por exigir de ellos un rendimiento muy superior al normal, los pone en riesgo próximo de enfermar / Tensión, sobre esfuerzo / Agotamiento.

El Estrés que causa malestar (distrés) está muy relacionado con la forma de vida inauténtica. Es una forma de buscar algo en el entorno, mientras que lo que en realidad sucede es que, lo que se perdió, está en el interior de cada uno.

A mi entender, está muy relacionado con la identidad, con el ¿Quién soy?, la persona se identifica normalmente con aspectos parciales que están más relacionados con el pasado no resuelto, abrumado en su presente y con un

futuro óntico que no le “alcanza”, porque todas sus raíces están orientadas al “tener” y no al ser en tanto trascendencia.

En este caso, la persona no tiene la libertad de elección, el trauma le sucedió, y por lo tanto lo reexperimenta una y otra vez luego del suceso. Le produce un agotamiento, un malestar, una sensación de pesadez, un pensamiento donde cada vez es menos frecuente encontrarle un sentido a su vida.

Post:

Para la *Real Academia Española*: “*Pos*” o “*Post*”, Prefijo. Detrás o después, de posponer.

El prefijo “*Pos*”, antepuesto a “traumático”, indica genéricamente aparición en el tiempo de la acción o cosa que se inscribe a continuación de él.

En este prefijo se encierra un profundo significado en el hombre porque lo transporta al universo de su tiempo existencial. Luego del acontecimiento Traumático emerge una suerte de vivencias nunca experimentadas hasta entonces y se sitúan de manera tal que entorpece ese devenir, porque la reexperimentación del síntoma, pretende hacerlo estático (dentro de lo dinámico que es este proceso). Lo que le otorga un sentido de avance en la dimensión espacio tiempo, es un “para qué”.

En todo momento aparece lo “Qué” me sucedió, como un imperativo de volver a lo *Sido*. El tiempo es lo que nos sitúa en una amalgama que incluye nuestro pasado al presente y darnos una capacidad de organizar nuestros actos, en función de lo que se nos adviene. En el Veterano afectado con el Trastorno, él sabe cuando comenzó su Guerra pero ve muy limitada su capacidad de trascenderla.

Evolución Histórica de la Nosología

Nosología (De *noso-* y *-logía*): parte de la medicina, que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades.

Nos-, noso-; -nosis. (Del gr. *Nósos*.) prefijo sufijo que significa enfermedad.

-logía, -loga, -logio, -logo, -legio. (Del griego: *légo*, escoger.) Sufijo que significa selección, enumeración.

Aquí se respeta el espíritu que subyace, dándole un enfoque psicológico, porque sino estaríamos manifestando que son fenómenos ante-los-ojos, mientras que la esencia del hombre es irreductible.

2. Antecedentes de la categoría Diagnóstica de la Afección

El Reconocimiento de los Primeros Síntomas

Evidencias de reacciones postraumáticas datan del siglo sexto antes de Jesucristo. Como consecuencia del Gran Incendio de Londres (1666), una de

las víctimas llamado Samuel Pepys describió un cuadro con características similares a lo que hoy conocemos por Trastorno de Estrés Postraumático. Unos meses más tarde del suceso, empezó a sufrir ciertas alteraciones, como son: dificultades para dormir, dicho con sus palabras: “*Resulta extraño pensar como no puedo dormir ninguna noche sin gran terror, debido al incendio. Esta última noche no pude dormir hasta las dos de la mañana debido a un gran miedo al incendio* “. (Daly, 1983).

La hiperactivación autonómica generalizada, disparada por determinados estímulos, aparece en los sujetos traumatizados, generando síntomas como: dificultades en la concentración, hipervigilancia o respuestas exageradas de sobresalto.

Se interpreta mencionar aquí al psiquiatra Thomas Sydenham (1624 – 1689), que en el siglo XVII llevó a cabo los primeros avances en la descripción de los síntomas de la histeria con una gran precisión.

La existencia de la relación entre la histeria y los traumas psicológicos se detectó a mediados del siglo XIX, principalmente por los investigadores de la escuela francesa. Justamente Briquet, en 1859, fue quien estudió a la histeria con profundidad y con relación a historias previas de trauma. De los 501 pacientes histéricos que describió 381 casos mostraron, como causa de la enfermedad, un trauma durante la infancia.

Las raíces de lo que hoy consideramos TEPT se pueden hallar en el médico británico John Erich Erichsen (1866), que describió un síndrome con síntomas cognitivos y psicosomáticos en las víctimas de accidentes ferroviarios (Schnyder, 1998). Erichsen defendió la existencia de una enfermedad genuina y distinta, tanto de la histeria como de la simulación.

Por esta época, durante la Guerra Civil Norteamericana (1861 – 1865), Mitchel describió los síntomas postraumáticos observados en los veteranos de esta guerra como así en mujeres civiles que habían sufrido de abuso. Estos pacientes mostraban una marcada tendencia a la automedicación, al alcohol, y a los opiodes: lo cual sigue siendo hoy uno de los factores de mayor complicación para el TEPT. Síntomas como la hiperactivación, irritabilidad y taquicardia, propios de este cuadro, fueron descriptos por el psiquiatra estadounidense Da Costa, que luego de trabajar con soldados expuestos al combate en la mencionada guerra, acuñó el término de *Síndrome Da Costa o Corazón irritable del soldado* para identificar este diagnóstico.

Por su parte, Jean Martin Charcot (1887), realizó una de las primeras exploraciones sistemáticas sobre la relación entre trauma y enfermedad en la Salpêtrière (Hospital Neuropsiquiátrico de París).

Charcot estudió de qué forma la experiencia de un trauma (*choc nerveaux*) podía llevar a los pacientes a un estado mental similar al inducido por la hipnosis. Lo llamó: *estado hipnoide*. Creía que éste era la condición necesaria para lo que él llamaba *autosugestión histerotraumática*.

Siguiendo con la línea de tiempo, el neurólogo Alemán Hermann Oppenheim fue el primero en utilizar el término de “*neurosis traumática*” en 1889. Este autor entendía que los síntomas que presentaban estos enfermos estaban producidos por cambios moleculares sutiles en el sistema nervioso central. Inició, de hecho, una larga tradición que consistía en asociar los problemas postraumáticos con el grupo de las neurosis cardíacas, particularmente en ex combatientes con síntomas cardiovasculares.

Edouard Stierlin (1909 – 1911), el primer investigador en la psicología del desastre y primero en estudiar una población no clínica. Publicó dos investigaciones, una sobre las consecuencias del terremoto ocurrido en Italia, Messina, en 1907, y otra sobre un grave accidente minero acaecido en 1906. Observó que, entre los supervivientes, un 25% sufrían alteraciones del sueño y pesadillas. Estos datos lo llevaron a plantearse la existencia de cierta vulnerabilidad en vez de una predisposición a padecer la enfermedad. Este modelo se acepta actualmente y fue confirmado en recientes estudios.

Stierlin consideraba inadecuado al término “neurosis” para describir estos cuadros. En esto coincidió con Kraepelin (1899), para quien la neurosis traumática, donde el temor cumplía un rol etiopatogénico dominante, era raro y atípico. También estaba de acuerdo con sus predecesores en cuanto a la idea de que las emociones violentas eran el factor etiológico más importante de la neurosis de miedo, llamadas también “psiconeurosis de terror” o “emocional aguda” (“fright neurosis”).

Disociación, Subconsciente y otros aportes de Pierre Janet

En los finales del siglo XIX y comenzando el siglo XX, el psiquiatra francés Pierre Janet contribuyó, significativamente, a la comprensión de este padecimiento.

Sin embargo, sus aportes se fueron olvidando, al no coincidir con el punto de vista del psicoanálisis vigente en ese momento. Tal es así, que al ser redescubierto el concepto de *disociación* en los años '80, los trabajos de Janet sobre el trauma, la memoria y el tratamiento de estos estados pasaron a formar parte de la bibliografía del TEPT (van der Kolk y van der Hart, 1989; Putnam, 1989; Nemiah, 1989, Friedman, 1989 y Jeffrey, Everly 1997).

Continuando la línea abierta por Charcot, Janet estudió la relación entre histeria y los traumas previos. En una muestra de 591 pacientes histéricos se encontró con que 257 casos tenían antecedentes de traumas.

La autoconciencia era considerada en esos tiempos una característica esencial de la salud psicológica. Teniendo en cuenta esto, Janet observó que sus pacientes histéricos eran incapaces de atender a sus procesos internos como guías para una conducta adaptativa.

Estableció el término “*subconsciente*” para definir al conjunto de recuerdos que conforman los esquemas mentales que guían a la persona en sus relaciones con el medio (Janet 1904). Entonces, la categorización e integración apropiada

de los recuerdos le permite al individuo desarrollar ciertos esquemas significativos para afrontar los desafíos futuros.

Cuando una persona, según Janet, experimenta emociones “vehementes”, se torna incapaz de confrontar estas experiencias atemorizantes con los esquemas cognitivos preexistentes. En consecuencia, los recuerdos de un acontecimiento traumático no pueden ser integrados dentro de la conciencia personal, y por ello se escinden (disocian).

Las personas, según Janet, se tornaban *incapaces de armar el conjunto de frases que llamamos memoria narrativa y por consiguiente permanecían confrontadas con la situación dificultosa* (Janet, 1919 / 1925). Esto generaría, una “fobia al recuerdo” (o *fobia de la memoria*), la cual viene a evitar la integración de los recuerdos traumáticos al plano consciente.

Las huellas mnémicas del trauma, o “ideas fijas inconscientes”, no podían ser eliminadas en cuanto no se habían trasladado dentro de una narrativa personal. En su lugar, persistían las percepciones terroríficas intrusas, las preocupaciones obsesivas y las re-experiencias somáticas, en formas de reacciones angustiosas (Janet, 1889).

Este autor también observó, que sus pacientes traumatizados daban la impresión de reaccionar a los recordatorios del trauma con respuestas que habían sido relevantes en la amenaza original, pero que no tenían ningún valor adaptativo.

Cuando los pacientes no podían integrar la experiencia traumática dentro de la totalidad de su conciencia personal quedaban como adheridos al trauma, Janet lo describe así:” *Incapaces de integrar los recuerdos traumáticos, los pacientes parecen haber perdido su capacidad de asimilar también nuevas experiencias, es como si el desarrollo de su personalidad se hubiera detenido en un cierto punto y no puede progresar más por la adición o asimilación de nuevos elementos*”. (Janet 1911). Los pacientes sentían que su vida se encontraba bloqueada por un obstáculo infranqueable.

Para Janet el esfuerzo mental que significaba el intento incesante para eliminar de la vida consciente los recuerdos traumáticos era muy grande, lo cual reducía la energía psicológica que la persona dedicaría a otras actividades mentales. Por esto, estos pacientes presentaban grandes limitaciones en su desenvolvimiento social y laboral.

Janet se adelantó casi un siglo en sus descripciones clínicas sobre el trauma y el TEPT.

Primera Guerra Mundial

Oppenheim, en 1889, atribuyó una etiología orgánica a las neurosis de guerra o traumáticas, hecho que influyó de manera particular en los soldados combatientes.

Este diagnóstico preservaba la estima de los soldados con estrés traumático ya que el médico no tenía que diagnosticar una falla personal o desertión, y las autoridades militares, no tenían que encontrar razones para explicar, los derrumbes anímicos de combatientes previamente valerosos, o asignarles motes deshonrosos como: cobardes, incapaces para liderar o faltos de compañerismo.

En esta época algunos especialistas llegaron a pensar que la causa del estrés traumático era la “*simulación*”. Los síndromes de guerra se transformaron, entonces, en una batalla contra la simulación (Nonne, 1915, Babinski y Froment, 1918), mientras que la noción de la *voluntad* se volvió el tema dominante.

En Alemania, debido a esto, el diagnóstico de estrés postraumático fue considerado, por varias décadas, como una *falla en la voluntad del soldado*. El tratamiento, por lo tanto, consistía en la recuperación de la misma.

Por otro lado, Charles Samuel Myers (1915), psiquiatra militar británico, primero en aplicar el término “*shell-shock*” o “*shock de las trincheras*” para determinar los distintos síntomas presentes en los soldados combatientes.

Sin embargo, el “*shell-shock*” se podía detectar en soldados que nunca habían sido expuestos de manera directa a la acción de combate, por lo cual llevó a suponer que las causas sintomatológicas eran, con frecuencia, exclusivamente emocionales.

Freud incluyó, en la esfera psíquica las significaciones, inherentes al estudio semántico la palabra “*Trauma*”, en la rama del griego -que como ya vimos significa “*herida*”-, la de herida violenta y la de consecuencias sobre el conjunto del organismo (El término *traumatismo*, por su parte, designa las consecuencias de una lesión violenta sobre el conjunto del organismo).

Freud afirmó que el origen de la *neurosis traumática* se encontraba en pulsiones sexuales que eran reprimidas durante los conflictos de la fase edípica. Nunca aceptó que el origen de este trastorno pudiera estar en el acontecimiento traumático y siempre lo relacionó con conflictos adquiridos durante la infancia.

Freud consideró que la compulsión a repetir conductas que tienen estos enfermos se debía al mecanismo de la represión. Dado que los recuerdos están reprimidos el paciente se ve obligado a repetir el material como una experiencia contemporánea, en lugar de recordar algo que pertenece al pasado.

Myers (1940) rechazó la relación entre la neurosis de guerra y factores orgánicos como una conmoción molecular del cerebro, afirmando que la perturbación emotiva resultaba suficiente fundamento en sí misma.

A pesar de la aceptación del diagnóstico de “*shell-shock*”, los médicos encontraban muy difícil diferenciarlo de la cobardía.

Durante la Segunda Guerra Mundial más de 200 soldados británicos fueron sentenciados a muerte por esa razón. Curiosamente, sólo un 11% de los condenados a muerte llegaron a ser ejecutados.

Neurosis de Guerra y Compensaciones

Luego de la Primera Guerra Mundial, Bonhoeffer (1926) modificó el concepto de *neurosis traumática*. La consideró una enfermedad social, que necesitaba por lo tanto una cura social. Consideraba que el núcleo del problema se encontraba en la posibilidad de obtener una compensación económica.

Resumiendo, la neurosis traumática (NT) se debía a la existencia de una ganancia secundaria económica, se la consideró un artefacto del sistema de Seguridad Social y se la empezó a llamar *neurosis de renta*.

La Seguridad Social alemana la aceptó y estableció que las NT no tenían derecho a compensación, ya que serían incurables mientras existiera una pensión económica. Esta posición es la que persiste en Alemania hasta estos días.

La Fisioneurosis de Abram Kardiner

Kardiner (1941), observó que los enfermos de neurosis traumática desarrollan un nivel de vigilancia anormal, y una sensibilidad excesiva respecto a estímulos amenazantes del entorno. Esto era algo que ocurría en el campo de batalla, pero que también se mantenía en las fases crónicas de la enfermedad.

Por ello Kardiner afirmó que el origen de la neurosis traumática era una fisioneurosis donde la alteración principal reside en los mecanismos que regulan el nivel de alerta de la conciencia. Describió además, cómo estos enfermos tenían una concepción alterada de la relación de sí mismos respecto del mundo.

Esto último se debía, según Kardiner, a que los afectados se sentían fijados al suceso traumático que habían sufrido, y presentaban: alteraciones importantes en el sueño, reacciones de alarma y episodios de agresividad de carácter explosivo.

La Segunda Guerra Mundial

Síndrome del Campo de Concentración:

La experiencia en los campos de concentración, y los campos de exterminio nazis, durante la Segunda Guerra Mundial, es otro acontecimiento que ha tendido un gran impacto en el desarrollo del concepto de trastorno de estrés postraumático. Víctor Frankl quien fuera uno de los paradigmas vivientes del hombre ante situaciones límites, desarrolló su experiencia previa en suicidios en el campo de exterminio nazi, y posteriormente dio inicio a la Escuela de Logoterapia.

Los prisioneros de guerra y los sobrevivientes de los campos de concentración frecuentemente sufrían de síndromes postraumáticos severos. Estos individuos tienen una mayor mortalidad, y mayor morbilidad en muchas enfermedades, incluyendo las psiquiátricas. Por ello se creó el término *síndrome del campo de concentración*.

Henry Krystal, un psicoanalista que estudió el efecto a largo plazo de los traumas masivos en las víctimas de los campos de concentración, considera que la *experiencia nuclear en este grupo es la rendición, y aceptar la muerte y la destrucción como inevitables*. El estado de hiperalerta evoluciona a un *progresivo bloqueo de las emociones, inhibición conductual y desdiferenciación de los sentimientos*.

Los enfermos con TEPT tendrían según este autor, una alteración en la capacidad de identificar sus estados corporales y relacionarlos con un estado de ánimo concreto (alexitimia, en otras palabras).

En cuanto a los combatientes y desde el punto de vista etiopatogénico fueron señalando la violencia de los combates, la duración de la exposición a los mismos, la cohesión del grupo, la personalidad del jefe y los conflictos intrapsíquicos previos que parecieron ser más importantes que el miedo o el agotamiento.

Personalidad y Neurosis

Las características de la personalidad y el de la preexistencia de las neurosis, fueron admitidas por todos los autores, quienes aceptaron como etiología de la neurosis de guerra, a la conjunción del acontecimiento y de la personalidad en proporciones variables según tres combinaciones tipificadas, desde las concepciones psicoanalíticas, por Otto Fenichel quien señalara en 1945:

- a) una personalidad sana y descansada resiste a la agresión,
- b) una personalidad sana pero agotada y desmoralizada es vulnerable a la agresión y puede desarrollar una Neurosis Traumática pura,
- c) una personalidad neurótica que vive movilizándose sin cesar su energía disponible para salvaguardar represiones más antiguas se descompensará ante las más mínimas agresiones dando una Neurosis Traumática con síntomas psiconeuróticos.

La Historia y el Concepto del Estrés de Hans Selye

La teoría del estrés ha constituido uno de los paradigmas centrales de la psicología del siglo XX. En 1676, la Ley de Hook describía a un fenómeno en la ciencia física donde la presencia de una “carga” o “estrés” física era capaz de causar una “tensión” física sobre un material dado.

En 1926 el endocrinólogo húngaro, Hans Selye, propuso un patrón consistente de reacciones mente-cuerpo.

Según el autor, el estrés es: ***La respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia.***

Posteriormente se refirió a este patrón como “*la proporción de desgaste en el cuerpo*”. Al ser invitado a debatir estos conceptos en la Universidad de Francia, buscó un término que fuera lo suficientemente representativo de sus conceptos, y se refirió a las ciencias físicas y “pidió” prestado el término “estrés”.

A partir de ese momento, la tradición acuñó el término en el sentido de ser usado como la respuesta inespecífica del cuerpo hacia cualquier orden que se ejerza sobre él. Luego, y a consecuencia de lo anterior; se creó un nuevo término “estresor” para describir *la orden misma o estímulo*.

Estas funciones de respuesta están destinadas a mantener la homeostasis interna y externa del organismo, por ejemplo: la temperatura del cuerpo, la circulación, etc.

La *respuesta al estrés*, genéricamente, posee un *patrón trifásico*, el cual comprende una *respuesta aguda*, una *fase de resistencia* y una de *recuperación o de agotamiento*.

Investigaciones sobre el estrés psicológico han enfatizado los efectos patogénicos acerca de cuán controlable y predecible es el agente estresante y los efectos moduladores que esto puede tener en el afrontamiento y de la resolución.

El núcleo de la Teoría del Estrés (Selye 1956) consiste en un modelo homeostático de autoconservación y reubicación de recursos en una respuesta al estímulo percibido. Por lo tanto, hay consecuencias posteriores que van más allá de lo descrito. El mismo se vuelve traumático, precisamente, cuando ocurre un daño psicológico análogo al físico.

Lazarus y Folkman (1984), publicaron: “Stress, Appraisal and Coping”, donde sugieren que las alteraciones en el funcionamiento social, la disminución de la moral y una baja calidad de salud somática, son formas típicas de salida negativa, consecuencia de una mala resolución de problemas en el afrontamiento del estrés.

Kertész y Kerman (1985), publicaron “El Manejo del Estrés”, y señalan “que cualquier conducta, por bizarra que parezca, se comprende si se conoce el contexto en que se produjo”.

Shalev y Rogel Fuchs (1993), denominan al TEPT como una “trampa psicológica”, donde se produce una combinación única de hiperactivación, condicionamiento aprendido, respuestas de significado alternado y evitación social. Esta combinatoria de síntomas tendría su causa en la concurrencia de distintos procesos patogénicos, que incluyen:

1. Una alteración de carácter permanente en los procesos neurobiológicos, con producción de hiperactivación y excesiva discriminación de estímulos.
2. La adquisición de respuestas de temor condicionado a los estímulos vinculados al trauma.
3. Esquemas cognitivos alterados y aprensión social, resultantes de una profunda disonancia entre la experiencia traumática y el conocimiento previo del mundo del afectado.

3. Aparición del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) como una categoría Diagnóstica

Diagnóstico (Del gr. *diagnostikós*) Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte.

El trastorno aparece por primera vez descrito, en las nosologías psicopatológicas en el DSM III. La conceptualización tardía de este cuadro clínico es cubierta con cierto escepticismo acerca de la validez de éste diagnóstico, dado a como hemos visto, ha sido asociado a la expresión de otro trastorno de conducta o de personalidad o, tomado como una conducta de simulación en busca de algún beneficio secundario.

Durante la década de los años setenta, el regreso de los veteranos del conflicto de Vietnam y la descripción psicopatológica de las mujeres víctimas de una violación por otro lado, forzaron a la psiquiatría moderna a reconocer oficialmente en la taxonomía psiquiátrica al estrés postraumático, como un desorden psiquiátrico formal denominándolo “*desorden de estrés postraumático*”, (DSM III – APA,1980). El TEPT fue mantenido en subsecuentes ediciones del DSM.

Ann Burgess y Linda Holstrom describieron en 1974 el síndrome de la mujer violada. Remarcaron síntomas que sufrían estas mujeres y que eran muy similares a los que habían sido observados en soldados expuestos al combate; estos son pesadillas y *flashbacks*, como también una mayor sensibilización a la violencia doméstica.

El regreso de los combatientes de la guerra de Vietnam influyó fuertemente en la sociedad norteamericana. Comenzaron a aparecer numerosos casos de veteranos con cuadros compatibles con TEPT en los hospitales y demás centros sanitarios.

Los psiquiatras tratantes empezaron a crear terapias de grupo y a revisar la bibliografía de Kardiner.

Al constatarse la alta coincidencia de síntomas se comenzó a presionar para que esta enfermedad fuera reconocida como tal en el DSM-III. Los diferentes síndromes que se estaban estudiando con profundidad (mujer violada, mujer

maltratada, niño maltratado y veterano de Vietnam) fueron incluidos en la misma categoría: Trastorno por Estrés Postraumático.

El DSM-III fue inducida por una gran presión social, basada en una compilación de síntomas a los que se arribó mediante estudios bibliográficos de registros clínicos y maniobras políticas. Y señala en el diagnóstico del PTSD que tiene que existir un agente traumático.

De este modo, en el DSM III (APA, 1980) se instaura esta categoría diagnóstica, que engloba un conjunto de síntomas de ansiedad que se manifiestan de forma similar en la *mayoría de las personas* al enfrentarse a un *acontecimiento psicológicamente traumático* que, por lo general, se encuentra *fuera del marco habitual de la experiencia humana*.

Dado que está ambiguamente definido, se establece en la DSM III R (APA, 1987, p.250.), “un evento fuera de la experiencia humana común y que sería marcadamente angustiante para casi todas las personas”.

Aquí se sostiene –a diferencia de la anterior-, que el suceso vivido no tiene necesariamente que encontrarse fuera del marco habitual de la experiencia humana. De este modo, se busca eliminar el componente de subjetividad: ¿Quién define el límite de “lo que es y no es” el *marco habitual de la experiencias humana*?

El DSM-IV (APA, 1994), define a un evento traumático como”... el experimentar o ser el testigo directo de una muerte amenazadora o un daño físico serio, o el experimentar la amenaza de integridad física de uno mismo o la integridad física de otro”. Y que la respuesta a estos estímulos, se caracterizan por el miedo, impotencia, y el horror.

Aquí se aprecia un cambio sustancial porque, se pone el énfasis en la reacción de la persona y no tanto en el tipo de acontecimiento traumático; una visión en cierto punto, aumentada o mitigada por la interpretación psicológica de la víctima, acerca de el evento mismo.

Bibliografía:

1. **Bobes García Julio, Busoño García Manuel, Gonzáles García María Paz**, “Trastorno de Estrés Postraumático”, Editorial Masson, Barcelona – España, (2000).
2. **CIE 10**, “Trastornos Mentales y del Comportamiento, Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico”, *Publicado por la Organización Mundial de la Salud*, Editado en español por MEDITOR, (1992).

3. **De la Neurosis Traumática al Trastorno por Estrés Postraumático.** Un análisis histórico-epistemológico. (FALTA AGREGAR Y UBICAR EL LIBRO).
4. **Del Monte M. Michael**, "Retrieved memories of Childhood Sexual Abuse", *British Journal of Medical Psychology*, 73, **1-13**, (2000).
5. "**Diccionario Básico Espasa**", Espasa-Calpe, S.A., Tercera edición, Tomo 7-12-14, Madrid, (1984)..
6. **Dr. Alfredo H. Cia**, "Trastorno por Estrés Postraumático Diagnostico y Tratamiento Integrado", Primera Edición, Imaginador, Buenos Aires, (2001).
7. **Dr Kertész. Roberto, Kerman Bernardo**, "El Manejo del Stress", Editorial Ippem, (1985). REVISAR!!!
8. **DSM-IV**, "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", Edición Masson, S.A, Barcelona - España, (1995).
9. **Freud Sigmund**, "Más allá del Principio del Placer", *Obras Completas*, Amorrortu, Volumen 18 (1920-1922).
10. **Ford D.Julian**, "Disorders of Extreme Stress Following War-Zone Military Trauma: Associated Features of Posttraumatic Stress Disorder or Comorbid but Distinct Síndromes?", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 67 N° 1, **3-12**, (1999).
11. **King W. Daniel and Linda A. King, David W. Foy, David M. Gudanowski**, "Prewar Factors in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorders: Structural Equation Modeling With a National Sample of Female and Male Vietnam Veterans", *Journal Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, N° 3, **520-531**, (1996).
12. **Laplanche Jean, Pontalis Jean-Bertrand**, "Diccionario de Psicoanálisis", Editorial Labor, S.A., Barcelona, (1993).
13. **Nishith Pallavi, Mindy B. Mechanic and Resick A. Patricia**, "Prior Interpersonal Trauma: The Contribution to Current PTSD Symptoms in Female Rape Victims", *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 109, N° 1, pág. **20-25**, (2000).

6. Marco teórico

- a) Epidemiología**
- b) Etiología.**
- c) Factores Biológicos.**
- d) Diagnóstico**
- e) Diagnóstico Diferencial**
- f) Síntomas Clínicos.**
- g) Tratamiento Psiquiátrico**
- h) Tratamiento Psicológico**

a) Epidemiología

Del griego **epidemia** (con acento en la segunda i) y **logia** (con acento en la i); tratado de las epidemias.

*Epidemia: del griego **epidemia**, de epidemos, epidémico, de **epi**, sobre, y **demos**, pueblo.*

Según la Real Academia Española: Enfermedad que por alguna temporada aflige a un pueblo o comarca, acometido simultáneamente a gran número de personas, con tendencia a difundirse más o menos, según las condiciones higiénicas y climatológicas. Las epidemias se propagan por medio de varios agentes. (6)

El objeto de la epidemiología es estudiar la prevalencia de las enfermedades y problemas de salud en un sentido amplio, en estudios poblacionales.

Desde el enfoque psicológico, es tomado en un sentido metafórico a los fenómenos o sucesos psicológicos y sociales que se propagan con cierta rapidez en una población dada. En nuestro caso, es claro que el alcance de los acontecimientos vividos por los veteranos de Guerra le dan a la afección una particularidad que le es propia a los afectados.

Prevalencia

La mayoría de las personas han experimentado un evento potencialmente traumático, al menos una vez, durante el transcurso de sus vidas (accidentes, robos, muertes inesperadas o violentas, etcétera), según investigaciones epidemiológicas llevadas a cabo. (3)

A esto se le agrega, que no es necesario vivenciar de manera directa la experiencia traumática, sino que incluye además, si la misma ha sido expuesta al suceso, por medio del relato. (4)

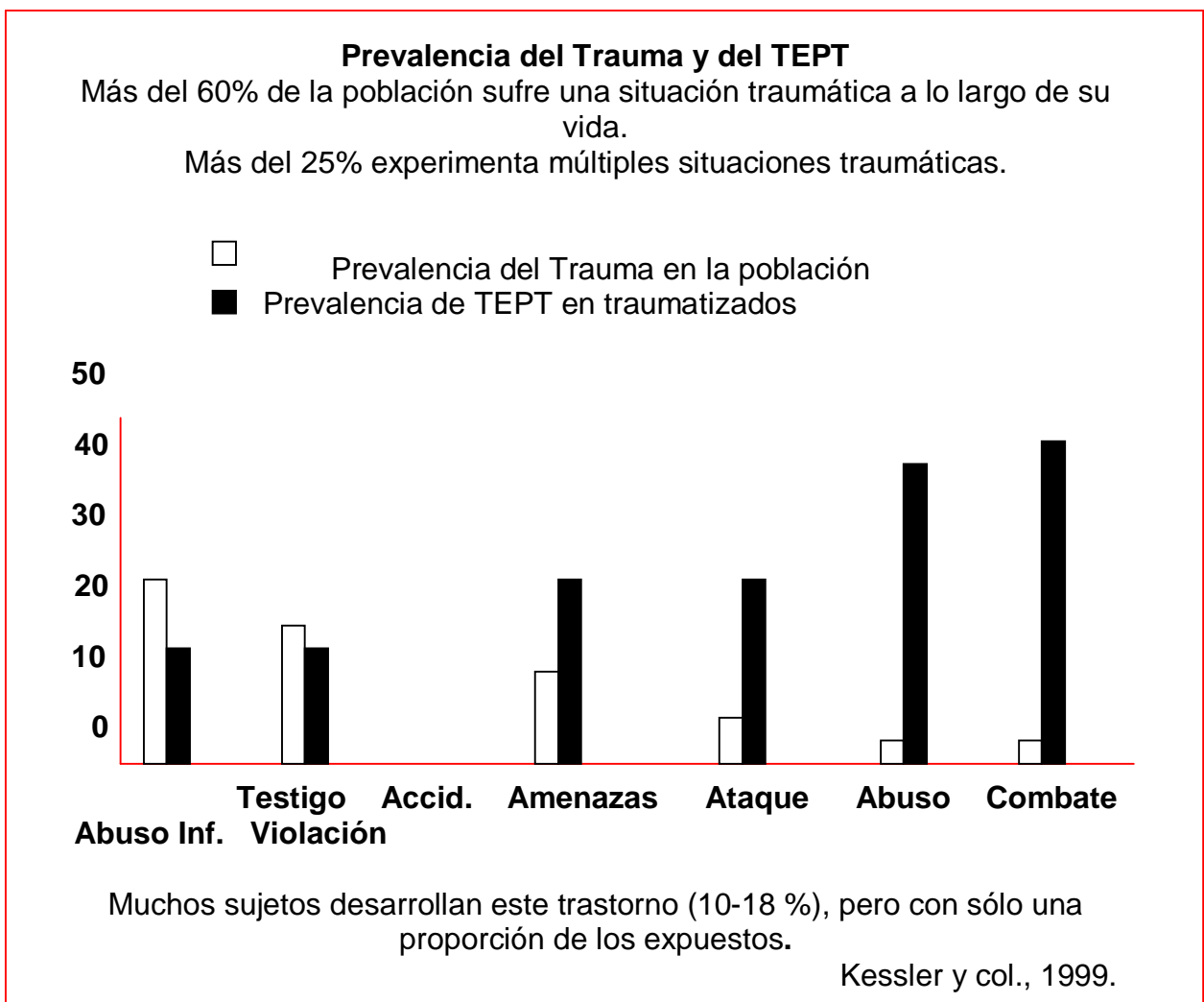
No obstante el hecho de haber experimentado la vivencia, si bien es causa necesaria, no es suficiente para contraer el trastorno, dada la multiplicidad de factores que intervienen en el proceso.

Los únicos datos que se poseían sobre la prevalencia de este trastorno, procedían de muestras de individuos expuestos a algún tipo de acontecimiento traumático como los veteranos de la guerra de Vietnam, habitantes de zonas donde ocurrían desastres naturales, sobrevivientes de incendios o accidentes, etc., por lo que no se conocía con certeza la prevalencia de esta enfermedad en la población general.

El cuadro que se presenta al pie nos ilustra la prevalencia de los diferentes tipos de traumas en La población general (en barras blancas) y, a la derecha,

al lado de cada tipo de trauma específico, el porcentaje de las víctimas que padecen TEPT (en barras negras).

Por ejemplo, el ser testigo de un suceso traumático, se calcula en un 25% de la población, solamente un 15% desarrollan TEPT, en el otro extremo, Violación, con una prevalencia en la población general menor al 10%, presenta en este caso desarrollan el trastorno un alto porcentaje de los afectados (50%). (5)



En E.E.U.U., se ha llevado a cabo una amplia investigación epidemiológica sobre población general que ha proporcionado información muy valiosa sobre el trastorno.

El Epidemiologic Catchment Area Survey (ECA)(A), en el que se evaluaron los diferentes trastornos psiquiátricos en una muestra de más de 18.000 adultos pertenecientes a cinco comunidades de EE.UU. (New Haven, St. Louis, Baltimore, Durham y los Angeles) según los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III)(7) y utilizando como instrumento de evaluación la Diagnostic Interview Schedule (DIS)(B).

Otro estudio es el National Comorbidity Survey (NCS)(C), dirigido por Kessler y cols. En 1990 y 1992 con UNAM muestra de 8.098 personas con edades entre 15 y 54 años, no institucionalizadas pertenecientes a 34 estados norteamericanos. En este estudio se utilizaron los criterios del DSM-III-R (8) y como instrumento de evaluación una versión modificada del Composite International Diagnostic Interview (CIDI9(D), basada en el DIS y diseñada para ser aplicada por entrevistadores que no fueran clínicos.

Poblaciones expuestas a acontecimientos traumáticos:

Debido a la heterogeneidad de muestras, criterios e instrumentos de evaluación utilizados en los trabajos mencionados, el análisis que puede llevarse a cabo de ellos es realmente descriptivo, con el fin de resaltar la magnitud que alcanza el trastorno de estrés postraumático en determinadas situaciones o grupos de población.

<i>Grupos de población</i>	<i>Autor</i>	<i>Año</i>	<i>Lugar</i>	<i>Prevalencia(%)</i>
Veteranos de Guerra	Kulka y cols. (E)	1990	EE.UU.	52
	Bleich y cols. (F)	1997	Israel	100
Prisioneros de Guerra	Engdahl y cols.(G)	1997	EE.UU	53
	Bomberos	McFarlane (J)	1989	Australia
Víctimas de accidentes de tráfico	Wagner y cols. (H)	1998	Alemania	24,5
	Koren y cols. (I)	1999	Israel	32

Veteranos de Guerra:

La prevalencia entre los veteranos del Vietnam se sitúa en un rango que va desde el 14,7 (E) al 52% (K) según los diferentes estudios, resultados que

contrastan con los de un estudio reciente que incluyó veteranos del ejército israelí (F) donde la tasa de prevalencia alcanzó el 100% (prevalencia-vida), actualmente alcanza el 87% (prevalencia actual).

Prisioneros de Guerra:

En un estudio de 1997 sobre 262 prisioneros de la Segunda Guerra Mundial y de la Guerra de Corea (G) se encontró una prevalencia –vida del 53% y una prevalencia actual de 29%. De ellos el grupo más afectado fue el de soldados que fueron prisioneros del ejército japonés, con tasas de prevalencia-vida y actual con el 84 y 59%, respectivamente.

Bomberos:

Un estudio del año 1989 (J) con bomberos australianos obtuvo las siguientes tasa de prevalencia: 32,27 y 30% a los 4,11 y 29 meses de un incendio forestal. En la misma línea se encuentran los resultados de un estudio de 1998 con bomberos alemanes en el que la prevalencia actual del trastorno fue del 24,5% (H).

Víctimas de accidentes de tráfico:

Dos estudios muy recientes sobre víctimas de accidentes de tráfico sitúan la prevalencia de trastorno de estrés postraumático 1 mes después en torno al 30% (4,20), cifra que disminuye en los seguimientos a 3,6 y 12 meses.

Cronicidad:

El DSM-IV (4) habla de una forma crónica de la enfermedad si la duración de los síntomas es igual o superior a 3 meses.

Hay diversos estudios con víctimas de sucesos traumáticos, en ellos se han encontrado que: el número de personas con síntomas decrece sustancialmente pasados 3 meses y, en el caso de que los síntomas se mantengan entre 3 y 6 meses hay muchas posibilidades de que se conviertan en casos crónicos (2).

En la presente investigación, los veteranos la padecen desde 1982 .

Conclusiones:

La prevalencia-vida del trastorno por estrés postraumático, según los autores estaría estimada entre el 1% al 10% de la población general, en cambio en los veteranos de guerra éste índice es muy superior, según la investigaciones realizadas que van del 30% al 75% (1), (2), (4)

Se presenta con una frecuencia mayor que otros trastornos de ansiedad de gran relevancia en psiquiatría como la agorafobia, la ansiedad generalizada o el trastorno de pánico(3).

La probabilidad de exposición a acontecimientos traumáticos en las personas actualmente es muy elevada.

La probabilidad de desarrollar el trastorno tras la exposición depende en gran medida del tipo de acontecimiento traumático vivido.

La comorbilidad es muy prevalente, sobre todo con trastornos afectivos y otros trastornos de ansiedad.

La enfermedad evoluciona de forma crónica en más de un tercio de los pacientes.

Mórbido

Se refiere a un estado anormal o enfermizo. En Psicología, el uso de este término está limitado generalmente a tendencias que sugieren o producen alguna enfermedad y a ideas o tipos de comportamiento que las acompañan; debe distinguirse de *Patológico*, que constituye un término más general (10).

La prevalencia del trastorno por estrés postraumático, según los autores estaría estimada entre el 1% al 10% de la población general, en cambio en los veteranos de guerra éste índice es muy superior, según la investigaciones realizadas que van del 30% al 75% (1), (2), (4)

Bibliografía:

1. **Bobes García Julio, Busoño García Manuel, Gonzáles García María Paz**, “Trastorno de Estrés Postraumático”, Editorial Masson, pág. **19-30-31-32**, Barcelona – España, (2000).
2. “**Diccionario Básico Espasa**”, Espasa-Calpe, S.A., Tercera edición., Madrid , (1984).
3. **Dr. Alfredo H. Cia**, “Trastorno por Estrés Postraumático Diagnostico y Tratamiento Integrado”, Primera Edición, pág. **103**, Imaginador, Buenos Aires, (2001).
4. **Kapland I. Harold, Sadock J. Benjamin, Grebb A. Jack**, “Sinopsis de Psiquiatría”, Séptima Edición, pág. **627**, Editorial Medica Panamericana S.A, Buenos Aires – Argentina, (1996).
5. **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: “DSM-IV”**, Edición Masson, S.A. Barcelona, (1995).
6. **Dr. L.C. Béla Székely**, “Diccionario de Psicología”, Editorial Claridad,. Colombia. (2000).
7. **Las Categorías Diagnósticas**, “DSM-III”, “DSM-R-III”, Tercera Reimpresión, Edición Masson, Barcelona – España, (1992). (PREGUNTAR!!)

b) Etiología

Del griego **aitiología**, de **aitiologéo**, explicar o buscar la causa, de **aitía**, causa, y **lógos**, tratado.

Filosofía: estudio sobre las causas de las cosas.

Medicina: Parte de la medicina, que tiene por objeto el estudio sobre las causas de las cosas.

Psicología: Investigación de las causas o antecedentes significativos de un fenómeno psicológico dado y en un sentido más amplio, estudio de las relaciones causales en general.

El factor de estrés es, por definición, la causa principal del desarrollo de un trastorno de este tipo. El hombre, luego de haber experimentado una vivencia extrema donde la espada de Damocles estaba angustiada por el presente que le tocaba vivir, ahora se angustia frente a su pasado y su "por-venir".

Según el DSM-IV, el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha estado expuesta –o ha sido testigo de- una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otras persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión (Criterio A de la Tabla 1).

Si bien es necesaria la presencia de un suceso traumático, no parece ser la condición suficiente para explicar el trastorno, tal como lo desarrollan algunos estudios recientes hechos al respecto (2).

También se debería considerar factores tales como; los biológicos, los individuales preexistentes, como factores psicosociales, y sucesos que se hayan producido después de la experiencia traumática (3).

Del criterio para el diagnóstico del trastorno, se desprende como premisa fundamental; la unión entre la exposición a un trauma con el desarrollo del desorden.

En un principio se creyó que, los síntomas de este trastorno eran proporcionales a la gravedad de la vivencia.

Investigaciones recientes sobre este trastorno (incluida la presente), han orientado su atención sobre la respuesta subjetiva de cada persona al trauma, más que sobre la gravedad del factor estresante en sí (3,5,7,8 y 9).

Los que padecen el trauma suelen ignorar sus estados emocionales internos y acostumbran a experimentar síntomas psicosomáticos. También son incapaces de mantener la calma cuando están bajo situaciones de estrés. El factor culpa (de supervivencia o por alguna situación vivida), que a veces siente el superviviente complica el manejo de este trastorno.

Hay factores de vulnerabilidad que pueden predisponer a un sujeto a este trastorno:

- a) La presencia de un suceso traumático en la infancia (3 y 11).
- b) La edad que se tiene al momento de la vivencia traumática (10 y 11).

- c) La existencia de rasgos paranoides, dependientes, borderline o antisociales de la personalidad (3,11 y 12).
- d) Un sistema de apoyo inadecuado, familia nuclear conflictiva (3,10 y11).
- e) Vulnerabilidad genético-constitucional a la enfermedad psiquiátrica (3 y 12).
- f) Cambios estresantes recientes en la vida del sujeto (3).
- g) Percepción de un locus de control externo más que interno((3).
- h) Una ingesta de alcohol excesiva y reciente (3).
- i) Adiestramiento y Adoctrinamiento Militar (11).

Bibliografía:

1. **“Diccionario Básico Espasa”**, Espasa-Calpe, S.A., Tercera edición, Tomo 7-12-14, Madrid, (1984).
2. **DSM-IV**, “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”, Edición Masson, S.A, Barcelona - España, (1995).
3. **Engdahl Brian, Dikel N. Thomas, Eberly Raina, Blank Arthur**, “Posttraumatic Stress Disorder in a Community Group of Former Prisoners of War: A Normative Response to Severe Trauma”, *Am J. Psychiatry*, Vol. 154, pág **1576-1581**, 1997.*therapy*, Vol. 22, pág. **315-324**, (1994).
4. **Kapland I. Harold, Sadock J. Benjamin, Grebb A. Jack**, “Sinopsis de Psiquiatría”, Séptima Edición, pág. **627**, Editorial Medica Panamericana S.A, Buenos Aires – Argentina, (1996).
5. **Keegan J.** (1, p. 386), “What Is PTSD?”, *Am J. Psychiatry* 154:2, pág. **143-145**, February (1997).
6. **King Daniel, Keane Terence, Foy David, Fairbank John**, “Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Female and Male Vietnam Veterans: Ricks Factors, War – Zone Stressors and Resilience – Recovery Variables”, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 108, N° 1, pág. **164-170**, Ws, Dc., (1999).
7. **King W. Daniel, King A. Lynda, Erickson J. Daniel, Huang T. Mina, Sharkansky J. Erica, Wolfe Jessica**, “Posttraumatic Stress Disorder and Retrospectively Reported Stressor Exposure: A Longitudinal Prediction Model”, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 109, N° 4, pág. **624-633**, (2000).
8. **King W. Daniel and Lynda A. King, David W. Foy, Gudanowski M. David**, “Prewar Factors in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Structural Equation Modeling With a National Sample of Female and Male Vietnam Veterans”, *Journal Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, N° 3, pág. **520-531**, (1996).
9. **Mehmet Sungur, Sumerli Aksin and Ozcubukcuoglu**, “Common Features of PTSD Cases Amongst a Group of Military Staff Referred From the Southeast Region of Turkey”, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Vol. 9, N° 4, pág. **179**, (1995).
10. **Southwick Steven M., Morgan Andrew, Andreas I. Nicolau and Dennis Charney**, “Consistency of Memory for Combat-Related

Traumatic Events in Veterans of Operation Desert Storm”, *Am J. Psychiatry*, 154:2, pág. **173-177**, February (1997).

- 11. Wessel Ineke and Merckelbach Harald**, “Characteristics of Traumatic Memories in Normal Subjects”, *Behavioural an Cognitive Psychotherapy*, 22, pág. **315-324**, (1994).
- 12. Zahava Solomon, Karni Ginzburg, Yuval Neria and Abraham Ohry**, “Mental Health Ddepartament, Medical Corpos, Israel Defence Forces, coping with war captivity”, *Europan Journal of Personality*, Vol. 9, N° 1, pág. **57-66**, West Sussex, UK., (1995).

c) Factores Biológicos

Qué es el Estrés

Según Selye, el Estrés es *la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia*.

Según el Dr. Roberto Kertész, el concepto del Estrés, expresado de distintas maneras, es tan antiguo como el hombre mismo, que en su lucha por la supervivencia, pudo notar que distintos tipos de exigencias (largas carrera, hambre, exposiciones, etc.), le provocaban la misma movilización de energías y sensación de esfuerzos. (*El Manejo del Stress*, pag. 22).

Cuando hablamos del estrés, nos referimos como a una función adaptativa del organismo. Esa que nos prepara para la defensa, ante un conjunto de estímulos que se consideran como amenazantes.

Una vez que se pudo solucionar la situación, se desactiva la intensidad para retornarla a valores normales.

Diferencias entre el Estrés y el Estrés Postraumático

Uno de los elementos en que se diferencian, es que al eliminar el estímulo, (el Estrés), en el organismo se alivian, cuando no se evitan por completo, las consecuencias negativas de los hechos estresantes.

Por el contrario, el PTSD describe síntomas asociados con la exposición al evento traumático que persiste incluso durante décadas luego de ocurrido el hecho.

Por eso, un elemento clave es que, los pacientes con PTSD eviten o tomen distancia (física o de elementos que le pueden simbolizar), con cosas que están asociadas al evento traumático. También se puede notar el adormecimiento del nivel de respuesta en general. No obstante, la reexperimentación del trauma continúa acechándolos.

Este recuerdo, y el estado de excitación concomitante que éste determina, producen una situación biológica tan difícil de soportar como aquella asociada con el estrés producido mientras ocurría el hecho. Por ende, las consecuencias a largo plazo asociadas con la incapacidad del cuerpo para recuperarse de una situación traumática.

Bases Biológicas del Estrés Postraumático

Es un trastorno crónico e incapacitante, para el cual sólo existen, hasta la fecha, tratamientos parcialmente efectivos. Un mejor conocimiento y profundización en las bases psicobiológicas de este trastorno pueden constituir una herramienta de gran ayuda para liberar a los pacientes de la reexperimentación de los sucesos traumáticos.

Las bases biológicas de esta enfermedad, representan las consecuencias a largo plazo en el organismo, para recuperarse de una situación traumática o las consecuencias biológicas, que se producen en respuesta, a recuerdos de sucesos que no están ocurriendo en la realidad objetiva, sino en la realidad psíquica del que la padece.

En la actualidad existen evidencias que indican que la disregulación de los sistemas: glutamatérgico, noradrenérgico, serotoninérgico y de determinados sistemas neuroendócrinos, desempeña un papel fundamental en esta enfermedad.

Esos cambios biológicos provocan alteraciones estructurales y funcionales que se manifiestan como síntomas (tales como *flashbacks* e hiperactivación) clásicamente asociados con ella.

Las teorías biológicas referentes al trastorno por estrés postraumático se han desarrollado a partir de estudios preclínicos de modelos animales sobre el estrés. Y a partir de medidas de variables biológicas en poblaciones clínicas afectadas por este trastorno.

Los resultados de estos dos tipos de estudios han involucrado a gran cantidad de sistemas de neurotransmisores. Los modelos preclínicos sobre la indefensión aprendida, el "kindling" y la sensibilización en animales que han permitido confeccionar teorías sobre la noradrenalina, dopamina, opiáceos endógenos, así como el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal en, por lo menos, algunos pacientes con un trastorno por estrés postraumático.

El otro hallazgo biológico de especial relevancia es la actividad y respuesta del sistema nervioso autónomo, que ha quedado patente a través de las elevadas tasas cardíacas y de presión arterial, y las alteraciones detectadas en la arquitectura del sueño (ej: mayor fragmentación y mayor latencia del sueño).

Respuestas biológicas al evento traumático

Por definición, el estrés es la causa del Trastorno por Estrés Postraumático, pero respecto a la naturaleza, la biología del PTSD debería ser diferente a la biología del estrés, dado que se manifiesta en la reexperimentación y mucho tiempo después de la desaparición del trauma.

Entonces, una pregunta clave es: ¿ Por qué el cuerpo no logró volver al estado pre-traumático? Pareciera que el análisis de la biología del estrés es un tema menor.

En consecuencia, la comprensión de la biología producida durante el evento traumático tal vez no necesariamente aborde el tema de la biología del PTSD. Más bien, el tema central sería determinar los factores (entre ellos, los psicológicos), que influyen para determinar: por qué algunos sobrevivientes se recuperan y otros no.

Biología de la respuesta aguda del estrés

Se afirma que los síntomas del PTSD derivan de la cascada de respuestas biológicas y psicológicas que se producen luego de la activación de varios sistemas cerebrales, entre otros, aquellos relacionados con el miedo.

El estímulo traumático determina una conducta de miedo, ésta da inicio a respuestas biológicas instantáneas y concurrentes, que permiten evaluar el nivel de peligro y luego organizar una respuesta de comportamiento adecuada.

La amígdala es la región del cerebro que inicia el proceso de activación de los circuitos neuroquímicos y neuroanatómicos del miedo en respuesta a una potencial amenaza a la vida.

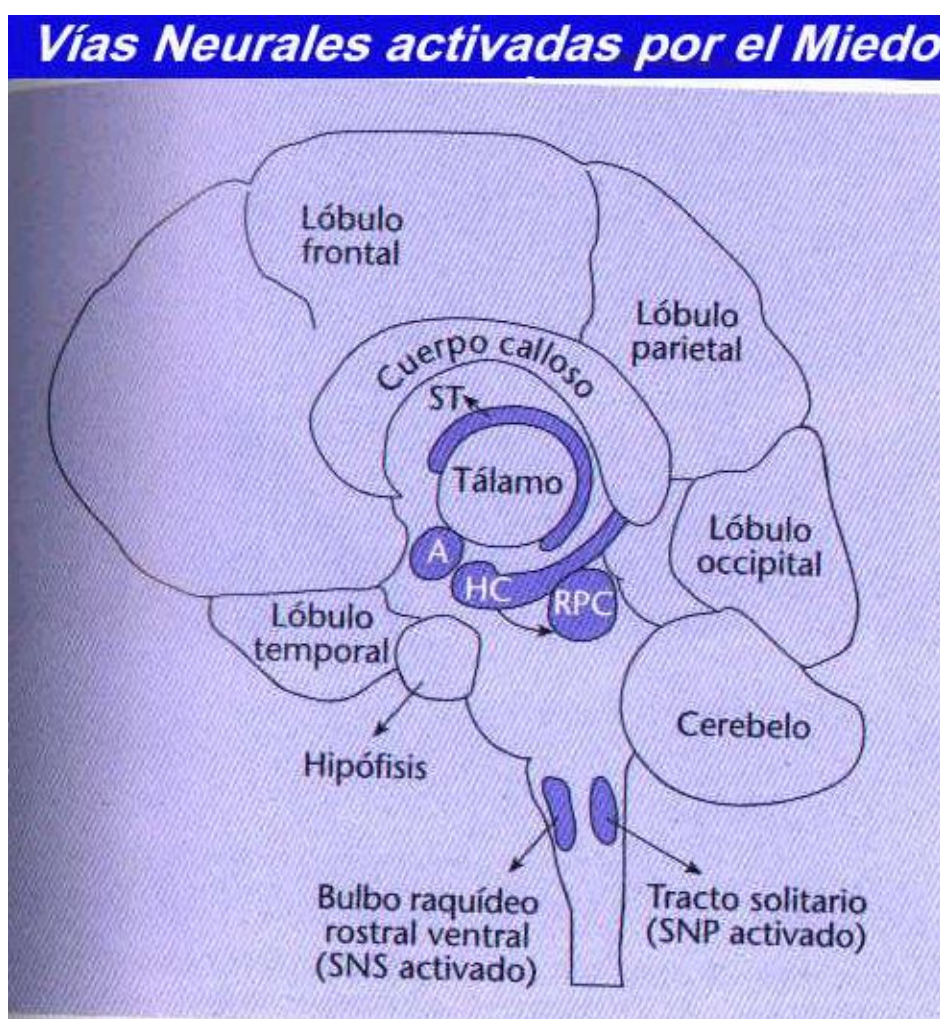


Figura 1: A: Amígdala; HC: Hipocampo; RPC: Sistema reticular de la protuberancia caudal (activa el reflejo de sobresalto); ST: Estría Terminalis (activa el eje HHA); SNS: Sistema Nervioso Símpatico; SNP: Sistema Nervioso Parasimpático.

Dentro de los milisegundos posteriores a la aparición de dicho estímulo, las vías de proyección que parten desde la amígdala estimulan de manera independiente cuatro respuestas distintas:

1. -Respuesta de sobresalto.
2. -Respuestas mediadas por el sistema nervioso simpático (y catecolaminas)
3. -Respuestas parasimpáticas.
4. -Respuesta del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA)

En el evento traumático, se produce una descarga simpática coordinada que provoca un aumento en la frecuencia cardíaca y presión arterial. Reacción “ataque o fuga”.

Esta reacción origina un aumento del flujo sanguíneo y una mayor disponibilidad de glucosa para los músculos esqueléticos, que permiten una eficaz huida de situaciones adversas o, de ser necesario, una respuesta interactiva óptima ante la amenaza.

La respuesta parasimpática aplica estas reacciones en una serie de tejidos, pero actúa independientemente del sistema nervioso simpático.

Al mismo tiempo, el eje HHA está activado por neuropéptidos cerebrales que estimulan el hipotálamo para segregar la hormona liberadora de corticotrofina (CRF), y otros neuropéptidos regulatorios que estimulan la liberación hipofisaria de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), y la glándula suprarrenal para liberar cortisol.

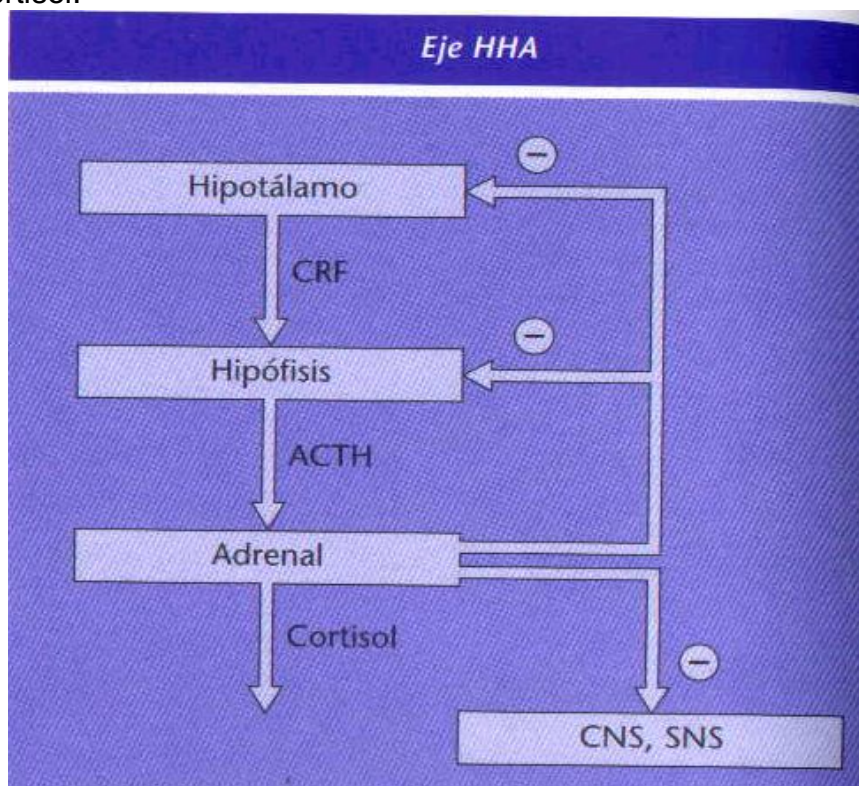


Figura 2: HHAS: Eje Hipotálamo – Hipófisis – Ardenal; CRF: Hormona Liberadora de Corticotrofina; ACTH: Hormona Adrenocorticotrópica; CNS: Sistema Nervioso Central; SNS: Sistema Nervioso Simpático.

El estrés determina, por lo general, un aumento dependiente de la dosis, tanto de las catecolaminas como del cortisol. Mientras que las catecolaminas facilitan la disponibilidad de energía para los órganos vitales del cuerpo, el papel del cortisol en el estrés es ayudar a contener o bloquear la activación simpática y otras reacciones defensivas neuronales iniciadas por el estrés.

El cortisol, de alguna manera, media la finalización de la respuesta al estrés. Así como las reacciones biológicas activadas por el estrés son bloqueadas por la inhibición del cortisol, los elevados niveles de cortisol también suprimen la mayor liberación de cortisol mismo.

Es decir que a través de la inhibición de la retroalimentación negativa, el cortisol actúa sobre la hipófisis, el hipotálamo, el hipocampo y la amígdala, lugares inicialmente responsables de la estimulación de la liberación de cortisol.

La retroalimentación negativa de estos sitios se produce debido a la presencia de grandes concentraciones de cortisol o de receptores de glucocorticoides, que son los objetivos de la acción del cortisol.

Una vez despejado el factor agudo de estrés, y cuando ya no se detecta ninguna amenaza externa, se activa la inhibición de retroalimentación negativa del eje HHA, llevando a la recuperación de los niveles hormonales basales.

Biología del trastorno por Estrés Postraumático

En sujetos con Estrés Postraumático, se observan diversas alteraciones que evocan la respuesta original al estrés. No obstante, presentan una respuesta de sobresalto exagerada ante circunstancias tanto neutras como relacionadas con el evento traumático.

El sistema nervioso simpático también parece hallarse hiperactivo en el PTSD. Prueba de ello es la mayor respuesta fisiológica a circunstancias relacionadas con eventos traumáticos y los niveles más altos de catecolamina periférica en el PTSD bajo condiciones basales y de estimulación.

La prueba más fehaciente de disregulación noradrenérgica en el PTSD es que la administración de yohimbina, un antagonista alfa-2, aumenta tanto los síntomas de PTSD como los niveles del metabolito 3-metoxi-4-hidroxifenil-glicol (MHPG) en los sobrevivientes a situaciones traumáticas con PTSD.

Los estudios sobre la variabilidad de la frecuencia cardíaca sugieren una reducción en la actividad parasimpática, tal como lo demuestra una menor arritmia sinusal respiratoria.

En consecuencia, tanto la respuesta de sobresalto cuanto las alteraciones simpáticas y parasimpáticas en el PTSD crónico son similares a las que podrían haberse observado al momento de producirse el evento traumático.

Estos hallazgos han sustentado la hipótesis de que el PTSD, tal vez represente un estado de constante miedo y vigilancia con posterioridad al evento traumático.

No obstante, se observó que en el PTSD los niveles de cortisol imperantes más que superiores son inferiores a la normalidad, como se esperaría en condiciones de estrés sostenido.

Sin embargo, resulta interesante que los niveles de CRF parecen hallarse incrementados en este trastorno, lo que sugiere una activación central del eje HHA.

Así, contrariamente a las alteraciones antes mencionadas en el PTSD, que de hecho se asemejan a las alteraciones asociadas con la activación de una respuesta al estrés, los niveles de cortisol en el PTSD no se asemejan a aquellos incluidos en las descripciones clásicas de la respuesta al estrés.

Los niveles inferiores de cortisol ante los mayores niveles de catecolaminas y CFR sugieren un perfil neuroendócrino único aunque algo paradójico en el PTSD.

Los niveles inferiores de cortisol están acompañados por una mayor sensibilidad del receptor a los glucocorticoides, al igual que por una mayor inhibición de la retroalimentación negativa del eje HHA.

Se han obtenido evidencias de la mayor sensibilidad del receptor a los glucocorticoides y de la marcada inhibición de la retroalimentación negativa del cortisol demostrando una exagerada respuesta del cortisol a la administración de dosis bajas de dexametasona.

Si bien la presencia de niveles bajos, más que altos, de cortisol se ha constituido en una validación biológica del PTSD como entidad diferente, los datos han planteado diversos desafíos en relación con nuestra comprensión de la naturaleza de la respuesta biológica al estrés en el PTSD..

Modelo de cascada biológica que deriva en el trastorno por Estrés Postraumático

Se sostiene que alteraciones biológicas asociadas al trastorno provengan de la exposición del suceso traumático. Estudios recientes sugieren que algunos hallazgos biológicos pueden constituir factores de riesgo para el PTSD que influyen sobre la naturaleza de la respuesta a un evento traumático.

Varios estudios clínicos sugieren que los individuos con PTSD experimentaban alteraciones del sistema neuroendócrino (Boscarino A. Joseph, 1996), lo que daba resultado a una significativa baja en los niveles de cortisol.

Para evaluar esta hipótesis, el serum cortisol matutino fue comparado con una muestra de los veteranos “de teatro” de Vietnam (2490) y una muestra de los veteranos “era” de Vietnam (1972) que no hayan servido en Vietnam.

El análisis de las covariables fue utilizado para comparar las concentraciones de cortisol luego de ajustar 9 covariedades (educación, ingreso económico, raza, edad, si fuma o no, ingesta de alcohol, uso de drogas ilícitas, uso de medicamentos y el índice de masa corporal).

Las medidas de cortisol eran más bajas entre los veteranos “de teatro” que actualmente tenían PTSD pero no en aquellos veteranos “era” o en los veteranos “de teatro” que habían tenido PTSD durante toda su vida.

Entre los veteranos “de teatro”, el cortisol era inversamente proporcional a la exposición en combate, aquellos veteranos con mayor exposición durante el combate tenían las concentraciones de cortisol más bajas.

Datos recientes demostraron que los bajos niveles de cortisol en hijos adultos de sobrevivientes del Holocausto estaban específicamente asociados con el factor de riesgo de PTSD de sus padres.

En conjunto, estos estudios presentan probabilidades bastante ciertas de que los bajos niveles de cortisol representan un factor de riesgo, y hasta pueden llegar a originar las alteraciones biológicas secundarias que en definitiva conducen al desarrollo de PTSD.

En síntesis, el análisis del cortisol, en conjunto con otra información clínica puede servir de instrumento para un futuro tratamiento y diagnóstico del PTSD.

Los datos antes mencionados sugieren un modelo para el desarrollo y progresión del PTSD luego de un evento traumático. Aquellas condiciones en las que existiría una capacidad disminuida del cuerpo para movilizar suficiente cortisol al momento de producirse el evento traumático conducirían con una terminación menos eficiente o menos completa de la respuesta del sistema nervioso simpático al estrés.

La mayor presencia de catecolaminas al momento de producirse el evento traumático y poco después del mismo podrían interferir con el procesamiento normal de los recuerdos traumáticos. De hecho, existen pruebas sustanciales de que las catecolaminas potencian la consolidación de la memoria en cobayos, y que esta respuesta está modulada por esteroides suprarrenales.

Pitman planteó la hipótesis de que el PTSD deriva de una respuesta exagerada de los neuropéptidos y las catecolaminas al momento de producirse el evento traumático, y ha sugerido que los mayores niveles de estas hormonas inician un proceso en el cual los recuerdos traumáticos se “consolidan exageradamente” o se recuerdan inadecuadamente debido a un excesivo nivel de distress.

Esto es posible dado que el mecanismo primario a través del cual las catecolaminas facilitan la formación de los recuerdos es manteniendo al organismo en un alto nivel de alerta.

Si el cortisol no lograra bloquear los neuropéptidos, este estado de vigilancia podría ser prolongado, lo que facilitaría la consolidación de la memoria. La sugerencia que plantea la idea de que el PTSD podría derivar de una imposibilidad del cortisol de contener los neuropéptidos también explica la razón por la cual no todos los sobrevivientes a un evento traumático desarrollan recuerdos angustiantes.

Asimismo, el modelo explica por qué los recuerdos traumáticos están acompañados por distress en individuos con PTSD. Más aún, el modelo aborda un posible mecanismo a través del cual los estímulos que no han estado originalmente involucrados en el evento traumático se convierten en recuerdos traumáticos (por ejemplo, el distress evocado por los recuerdos traumáticos permite la formación de nuevas asociaciones entre los estímulos neutros y el distress).

La teoría podría llevarse incluso más allá y plantear que el intenso distress que sobreviene cada vez que se presentan recuerdos traumáticos activa aún más los sistemas de respuesta al estrés, principalmente el sistema nervioso simpático (catecolaminas) y el CRF (que conduce a la liberación de cortisol).

De hecho, esto explicaría la razón por la cual se observa un aumento crónico y sostenido de catecolaminas y CFR en el PTSD, principalmente en pacientes que se encuentran subjetivamente bajo distress por recuerdos traumáticos.

En condiciones normales, la secreción de CRF activaría la hipófisis para liberar ACTH, lo que a su vez estimularía la secreción de cortisol por las suprarrenales. No obstante, debido a la exacerbación de la inhibición de la retroalimentación negativa del eje HHA en el PTSD, el eje HHA se vuelve cada vez más sensible al cortisol (y al estrés), y se bloquea (lo que deriva en bajo cortisol) antes de disminuir efectivamente la respuesta del sistema nervioso simpático.

Neurobiología del Estrés Postraumático

La mayoría de los síntomas están vinculados a la hiperactividad o hiperreactividad del sistema de vigilancia interno. Una de las claves de este sistema es el núcleo locus coeruleus (LC). El mayor efector sobre el LC es otro núcleo, el paragigantocelularis (Pgi), también llave del *control de la actividad simpática*.

Las estructuras sobre las que a su vez se proyecta el LC incluyen áreas que participan en la respuesta al miedo, al dolor, la vigilancia, la respuesta cardiovascular y la mediación de la actividad motora. Sus proyecciones se extienden hacia *la corteza cerebral, el hipocampo, el tálamo, el cerebro medio, el tallo cerebeloso y la médula espinal*.

El LC libera noradrenalina (NA) en dos formas, como una hormona parácrina que difunde limitadamente a áreas adyacentes, pero también en algunas zonas blanco hace sinapsis convencionales, regulando el flujo sanguíneo y el metabolismo de las mismas.

La información cardiovascular es llevada a las neuronas del núcleo del tracto solitario, NTS, por vía del IX y X par craneal. Las neuronas de este último núcleo proyectan luego sobre el Pgi, formando parte del circuito del reflejo barorreceptor. Las proyecciones del Pgi al LC pueden ser responsables ***del incremento de la vigilancia y el despertar que acompaña el aumento de la actividad simpática periférica.***

El aumento de la actividad simpática periférica puede verificarse por aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial en los individuos que padecen este trastorno, comparados con sujetos control antes de la aplicación de un estímulo experimental relacionado con el trauma.

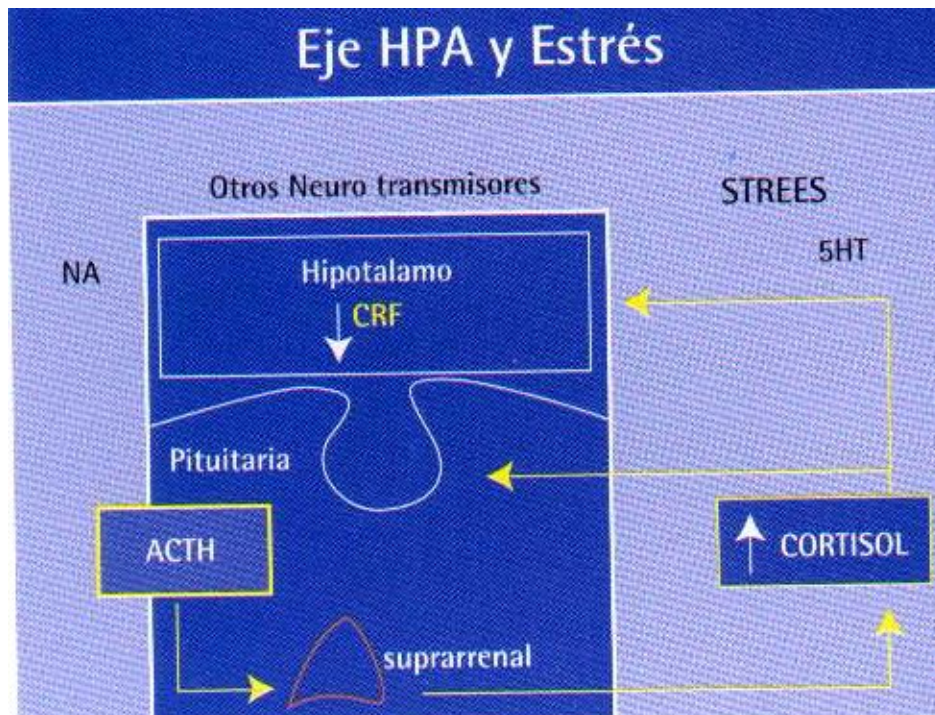
La mayoría de los autores, entre ellos Pitman, revelan que no habría modificaciones autonómicas adquiridas. No obstante se ha encontrado, (Perry, 1990), un aumento de la afinidad de los receptores alfa 2 plaquetarios periféricos en veteranos de la guerra de Vietnam.

Otro hallazgo que puede resultar de interés es la baja estimulación en plaquetas y linfocitos de los receptores beta adrenérgicos mediada por el Amp cíclico, (Lerer 1987), en veteranos de guerra israelíes comparados con sujetos control sin TSTP.

Estos cambios en el receptor obedecerían a down regulation, resultante de la exposición al estímulo catecolaminérgico elevado y prolongado.

La función catecolaminérgica y la liberación de cortisol son sinérgicas.

El cortisol es la hormona “antiestres” por excelencia, ya que con su aumento finaliza la respuesta provocada por las catecolaminas.

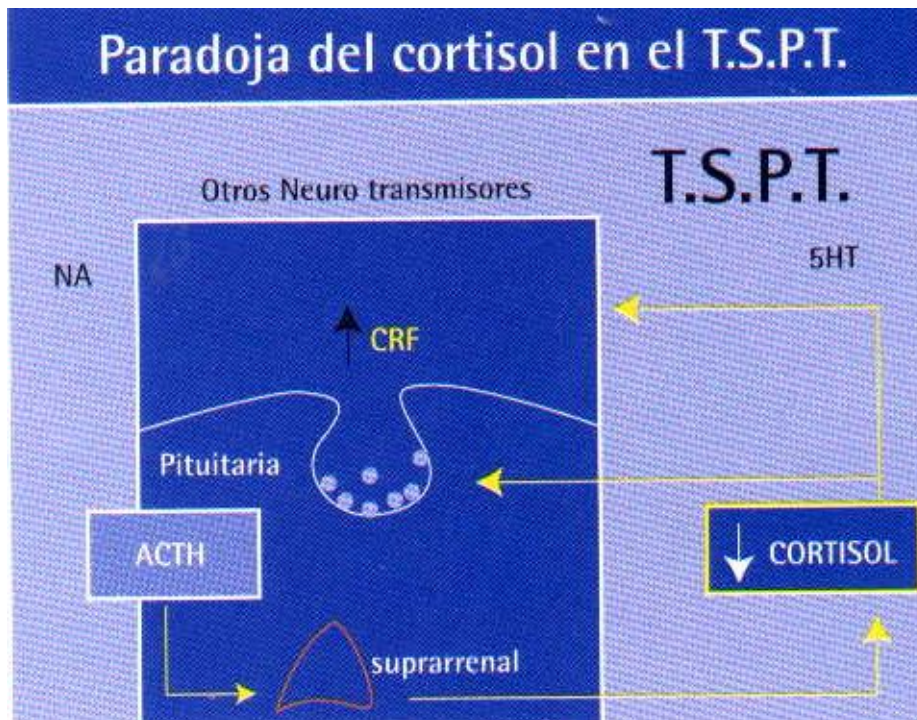


Si la respuesta a corto plazo no se reduce, a largo plazo hay daño. El aumento de intensidad del estrés está relacionado con un aumento de la actividad del cortisol. El cortisol se une al citosol, y así unido, este complejo se transloca, se inicia la transcripción del ARN mensajero con la síntesis de proteínas que alteran la célula. Este es el modelo que se plantea para la depresión donde la hipercortisolemia genera “down regulation” de los receptores y resistencia a los glucocorticoides.

Inicialmente los bajos niveles de cortisol en el Trastorno se explicaban por un adaptación crónica del eje hipófiso-hipotálamo-adrenal (HPA) correspondiente a la teoría de las suprarrenales “exhaustas”.

Los datos de estudios recientes modificaron esta teoría, y los niveles bajos de cortisol ya no se explican por la adaptación crónica del eje, ya que en esas circunstancias los niveles de Factor Liberador de Corticotrofina (CRF) deberían estar bajos. Por el contrario *los niveles de CRF en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes con TSPT se encuentran elevados con relación a los sujetos sanos. Habría hipersecreción de CRF por el eje HPA en el TSPT.*

A este fenómeno se lo denomina Paradoja del Cortisol en el TSPT. Hay aumento del Feedback negativo y aumento de receptores. hipercortisolemia genera “down regulation” de los receptores y resistencia a los glucocorticoides.



Inicialmente los bajos niveles de cortisol en el TSPT se explicaban por un adaptación crónica del eje hipófiso _hipotálamo- adrenal (HPA) correspondiente a la teoría de las suprarrenales “exhaustas”.

Los datos de estudios recientes modificaron esta teoría, y los niveles bajos de cortisol ya no se explican por la adaptación crónica del eje, y aque en esas circunstancias los niveles de Factor Liberador de Corticotrofina (CRF) deberían estar bajos. Por el contrario *los niveles de CRF en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes con TSPT se encuentran elevados con relación a los sujetos sanos. Habría hipersecreción de CRF por el eje HPA en el TSPT.*

A este fenómeno se lo denomina Paradoja del Cortisol en el TSPT. Hay aumento del Feedback negativo y aumento de receptores.

a. Temor condicionado-Memoria asociativa

Estímulos sensoriales y cognitivos asociados con el trauma tienen la posibilidad de inducir un espectro importante de síntomas que evocan el evento traumático. Este fenómeno representa condicionamientos clásicos al miedo.

Los miedos condicionados a estímulos visuales y auditivos están mediados en gran parte por mecanismos subcorticales que implican vías de acceso al tálamo y amígdala. El núcleo central de esta última parece jugar un papel esencial en el mecanismo del miedo condicionado.

b. Fracaso de extinción (generación de recuerdos intrusivos)

En este trastorno el recuerdo traumático es fácilmente evocado, e intrusivo por décadas.

Los recuerdos toman la forma de flashbacks, estados disociativos, donde todo o parte del recuerdo traumático es revivido. La facilidad con que se generan estos fenómenos intrusivos hacen pensar en una falla en los mecanismos de extinción o reducción de respuesta a la memoria.

En la experimentación, la extinción es perder un mecanismo de aprendizaje a una respuesta emocional condicionada. Esto se logra siguiendo exposiciones repetidas a un estímulo de miedo condicionado, con la ausencia del evento traumático posterior.

La extinción no borra de la memoria original, sino que aparece como el resultado de un nuevo aprendizaje; por ejemplo: “me preparo para un ataque” (temor condicionado), el ataque no se produce, esto es lo que como extinción se graba en la memoria, sin suprimir lo anterior. Lo que se graba es la inhibición que se opone a la memoria anterior.

Esta es la explicación por la cual la exposición a un estímulo subsecuente, como el incondicionado, sin un estímulo condicionado previamente aprendido se reinstala.

Las estructuras corticales no están aparentemente implicadas en la adquisición de respuestas condicionadas al miedo. En cambio parecen tener un importante papel en el proceso de extinción.

La amígdala también es necesaria para la extinción, por ejemplo, la inyección de antagonistas del NMDA en la misma, previene que se produzca este proceso patológico.

La extinción de la respuesta condicionada al miedo puede representar una supresión activa de la corteza, de los circuitos neuronales subcorticales (tálamo y amígdala) que mantienen asociaciones aprendidas durante un largo período de tiempo.

Los síntomas disociativos tendrían relación con la modalidad de funcionamiento del tálamo. Este, en condiciones normales, recibe información sensorial que transmite a estructuras límbicas y corticales modulando la atención, pensamientos, aprendizaje, memoria y emociones. A su vez, recibe estímulos de regiones límbicas, como la amígdala y otras zonas relacionadas con el estrés y la depresión.

El tálamo puede funcionar en red transmitiendo fielmente la información sensorial, si predominan impulsos oscilatorios lentos, el tálamo impide el flujo de información sensorial hacia estructuras corticales asociadas con el procesamiento interno y experiencias sensoriales como el soñar, los terrores nocturnos y la disociación.

Posibles Mecanismos Neurobiológicos de los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático		
Síntomas	Mecanismo de producción	Referencia anatómica y alteraciones neuroquímicas
Recuerdos intrusivos	Fracaso de extinción	Amígdala: aumento actividad NA Bloqueo de receptores NMDA

c. Sensibilización y/o kindling

La sensibilización está definida como un incremento en la magnitud de respuesta que ocurre después de la administración repetitiva de un estímulo, o pequeñas presentaciones seguidas de diferentes estímulos. Este proceso es el responsable del inicio y mantenimiento de múltiples síntomas del TSPT, así también como de la susceptibilidad de los pacientes para vivenciar nuevos traumas (Antelman 1988).

Rol del CRF en el TSPT: El péptido CRF, es un importante mediador central y periférico de las respuestas al estrés. Tiene una importante clínica significativa en el TSPT y en la depresión.

El CRF se comportaría, no sólo como una hormona cuya acción sobre el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal ya conocemos, sino también como un neurotransmisor en el locus coeruleus, durante el estrés. La administración central de CRF mimetiza un TSPT.

El CRF fue identificada por Vales, en 1981, como la primer neurohormona responsable de la liberación de ACTH durante el estrés. Hoy se sabe que su rol es más complejo. Existe una distribución importante de CRF, en fibras y células hipotalámicas (Valentino 1992) así como sitios de unión para el CRF, es decir receptores. La administración dental de CRF, en animales

hipofisectomizados, también mimetiza un TSPT. Esto es lo que sugiere su función fuera del eje como neurotransmisor.

Muchos de los síntomas que se producen son atenuados por la administración de un antagonista del CRF, el alfa-helical CRF9-41. Esto podría abrir una posibilidad para el tratamiento farmacológico en el futuro.

Los síntomas en los que influye son: aumento del tono simpático, aumento de la FC y del consumo de oxígeno por su acción sobre el LC:

La acción sobre los receptores de la amígdala sería la responsable de algunos mecanismos consuntivos que determinan la disminución del apetito y de la secreción y motilidad gástrica. También hay una disminución en los animales de laboratorio de los comportamientos reproductivos, tal vez por disminución de gonadotrofinas.

El CRF produce en el electroencefalograma a bajas dosis trazados compatibles con hipervigilancia y, a altas dosis, desencadena actividad convulsivante. Este efecto sobre el EEG es prolongado en el tiempo u podría considerarse como uno de los fenómenos kindling que alteran el fenotipo en el TSPT.

El CRF es ansiogénico, potencia las respuestas emocionales condicionadas. El sistema noradrenérgico en el LC está implicado en la actividad ansiogénica del CRF.

Los receptores a glucocorticoides cerebrales son más sensibles en pacientes con TSPT. Esto podría explicar el hallazgo de la disminución del tamaño del hipocampo en estudios recientes. Pero la vulnerabilidad para la atrofia del hipocampo podría ser independiente de la sensibilidad de los receptores glucocorticoides.

Bibliografía:

- 1. Bobes García Julio, Busoño García Manuel, Gonzáles García María Paz**, “Trastorno de Estrés Postraumático”, pág. **35**, Editorial Masson, Barcelona – España, (2000).
- 2. Boscarino A. Joseph**, “Posttraumatic Stress Disorder, Exposure to Combat, and Lower Plasma Cortisol Among Vietnam Veterans: Findings and Clinical Implications”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 641 N° 1, American Psychological Association, Editor Larry E. Bentler, pág. **191 a 201**, Washinton DC, (Febrero 1996).
- 3. Dr. Bronstein Roberto, Dra. Fernández A. Liliana**, “Trastorno Estrés Postraumático”, Este trabajo es parte del “*Programa de Educación Médica Contínua*” de *Interclínicas Psi*, WWW.interclínicas-psi.com.ar.
- 4. Dr Kertész. Roberto, Kerman Bernardo**, “El Manejo del Stress”, Editorial Ippem, Buenos Aires, (1985).
- 5. Dr. Rosetti López Daniel**, “Epidemia del Siglo XX: Estrés, Cómo Entenderlo Entendense y Vencerlo”, Editorial Distribuidora Lumen SRL, Buenos Aires – México, (2000).

6. **Kapland I. Harold, Sadock J. Benjamin, Grebb A. Jack**, Sinopsis de Psiquiatría, Séptima Edición, pág. **623**, Editorial Medica Panamericana S.A, Buenos Aires – Argentina, (1996).
7. **Yehuda R. And Davidson J.**, Manual para Clínicos sobre: “Trastorno por Estrés Postraumático”, EE.UU., (2002).

d) Diagnóstico

Introducción

Para que este trastorno sea diagnosticado, hay que aseverarse de que los síntomas han aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad.

Si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, un diagnóstico “probable” podría aún ser posible, con tal de que las manifestaciones clínicas sean las tipificadas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo).

Además del hecho traumático, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o en sueños reiterados. El desapego emocional claro con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico.

Fenómenos disociativos: amnesias psicógenas referidas al acontecimiento traumático y/o negativa a atribuir los síntomas experimentados actualmente al suceso aversivo sufrido.

Flashback: Reexperimentación intensa de hechos sucedidos con anterioridad que acuden a la mente bajo la forma de secuencias de imágenes de las experiencias vividas más traumáticas.

Habitación: exposición prolongada sin escape a las imágenes traumáticas, que llegan a perder, de este modo, la capacidad de editar respuestas de ansiedad o de evitación.

Sensibilización: exposiciones cortas a las imágenes traumáticas, que suscitan una respuesta intensa de ansiedad y que llevan al sujeto a respuestas de escape conductual o cognitivo.

Criterio Diagnóstico

El Criterio Diagnóstico utilizado en la presente Investigación, se basa en el conjunto de pautas, síntomas y descripciones consensuadas por las publicaciones CIE.10 y DSM-IV, dado que están destinados para la investigación científica.

Se describen las características clínicas principales, así como de las características secundarias que, aunque menos específicas, son sin embargo relevantes.

Las pautas para el diagnóstico han sido las del DSM-IV, y han sido tomadas como el requisito previo de evaluación a las personas de la población, aquellas que no presentaban una sintomatología mínima para el requisito establecido, fueron excluidas de la muestra.

Definición del TEPT, según la CIE-10 (OMS, 1992) y diferentes versiones del DSM (APA)

El **trastorno de estrés postraumático** refiere a la exposición del sujeto a un *agente estresante* y las consecuencias posteriores del mismo.

Un **agente estresante**, según:

- DSM-III (1980), estrés reconocible, capaz de provocar síntomas significativos en las personas.
- DSM-III-R (1987); acontecimiento ajeno al marco habitual de las experiencias humanas.
- DSM-IV (1994), experiencias relacionadas con la muerte, o amenazas a la propia integridad física o la de otros. El sujeto, frente a ellas, responde con temor, desesperanza u horror intenso.
- CIE-10 (1992); lo define como una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causaría, por sí misma, malestar generalizado en la mayoría de los individuos.
- El DSM-IV (APA, 1998) reúne una serie de pautas a fin de diagnosticar el TEPT, las cuales no han sido modificadas por la nueva versión revisada o DSM-IV-TR (APA, 2001). Comprobar la presencia del mismo implica conocer, en primer término, las características del evento traumático, ante el cual se vio expuesto el paciente. Éste último tiene que haber experimentado o presenciado una situación en donde la integridad física, propia y/o ajena resultan seriamente comprometidas, incluyendo dentro de este marco, la muerte como acto de gravedad relevante.

En síntesis, se entiende por TEPT **a una severa reacción patológica, cuyo factor causante es un suceso traumático.**

El resultado de este último se instaura en el interior del organismo, modificando su neurobiopsicología en forma crónica.

Un TEPT se genera ante la presencia de un acontecimiento traumático (agente estresante), como condición necesaria, pero no suficiente, porque para que se desarrolle el cuadro en una persona; debe existir un factor de predisposición o vulnerabilidad previa; y/o factores de riesgo.

Los síntomas de la enfermedad sin tratamiento y, según su evolución, pueden persistir o resurgir periódicamente.

Trastorno

El término "*trastorno*" se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como "enfermedad" o "padecimiento". Aunque "trastorno" no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.

Criterios Diagnósticos del TEPT

A continuación se detallan los distintos criterios que la CIE-10 (1992) y el DSM-IV (1994) establecen para el diagnóstico del TEPT. Posteriormente, se realizará un enfoque analítico de estos últimos.

Criterios diagnósticos según la CIE-10 (OMS, 1992) Trastorno de Estrés Postraumático (F 43.1)

- Surge como respuesta tardía a un evento estresante, o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en un número mayoritario de personas.
- Ciertos rasgos de personalidad (Ej.; compulsivos o asténicos) o, antecedentes de enfermedad neurótica pueden predisponer el padecimiento de la enfermedad, disponer un descanso en el umbral de la aparición del síndrome o agravar su curso.
- Sus características: episodios reiterados de reviviscencias o sueños, persistente sensación de “entumecimiento” emocional, desapego, falta de capacidad de respuesta, anhedonia y evitación de todo lo que evoca el trauma.
- Suelen temerse; e incluso evitarse, las situaciones que le recuerdan o sugieren la trauma.
- Pueden presentarse estallidos agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original.
- Estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia e incremento de la reacción de sobresalto e insomnio.
- Los síntomas se acompañan de ansiedad y/o de depresión, y no son raras las ideaciones suicidas.
- El consumo excesivo de sustancias o alcohol puede ser un factor agravante del cuadro.
- Comienza con un periodo de latencia luego del trauma cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses.
- El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación, en la mayoría de los casos.
- En algunos casos el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolucionar hacia una transformación persistente de la personalidad.
- Se diagnostica si aparece dentro de los 6 meses posteriores a un hecho traumático. Establecer un diagnóstico fuera de este término es posible cuando sus manifestaciones clínicas son típicas y la alternativa de otro diagnóstico no es viable. Deben estar presentes: las evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes (vigilia) o de ensueños reiterados. Suelen estarlo: el desapego emocional, el embotamiento afectivo, la evitación de estímulos relacionados al trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también el diagnóstico.

**Criterios para el Diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés
Postraumático (309.81)**

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
- (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
- (1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
 - (2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
 - (3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
 - (4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
 - (5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas.
- (1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
 - (2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
 - (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
 - (4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

- (5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- (6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
- (7) Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia, o en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) o ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) irritabilidad o ataques de ira
- (3) dificultades para concentrarse
- (4) hipervigilancia.
- (5) Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D se prolongan más de un mes).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Análisis de los criterios diagnósticos del DSM-IV y DSM-IV-TR

El evento traumático establece, en los sujetos vulnerables, el desarrollo de una compleja trama sintomática, en alteraciones clínicas significativas que determinan un deterioro en su calidad de vida (social, laboral o de las áreas de la actividad cotidiana del individuo).

Los síntomas comprenden:

1. La reexperimentación del acontecimiento traumático.
2. La evitación de estímulos asociados al mismo.
3. El incremento de la activación (arousal) en el sujeto.

Estas alteraciones deben prolongarse por más de un mes. En los casos en que los síntomas perduran durante tres meses o más, refieren a un TEPT de carácter *crónico*.

Se lo considera de carácter *agudo* cuando los síntomas duran menos de tres meses.

Puede suceder que, entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas transcurran como mínimo seis meses, de ser así se especifica un TEPT de *inicio demorado*.

Los criterios diagnósticos los podemos sintetizar en:

Criterio A: Evento traumático

- **Criterio A: A1)** Exposición a un evento traumático.
A2) Distrés emocional consecuente con dicha exposición.

La persona ha estado expuesta a un evento traumático en el que:

1. Ha experimentado, presenciado o confrontado acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. Responde con temor, desesperanza o un horror intenso. En los niños, estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o desorganizados.

Seguidamente se da un cuadro en el cual, se detallan los posibles acontecimientos causales del criterio diagnóstico **A1** del DSM-IV para el TEPT:

a. Criterio A 1 La exposición incluye:	Ejemplos:
Sujetos que experimentaron o fueron testigos de amenazas o riesgos reales a perder la vida, o de lastimarse gravemente.	Conflictos bélicos, violencia doméstica o comunitaria, desastres naturales (incendios, inundaciones, tornados, tormentas, etc.). Violaciones, ataques sexuales de otro tipo, ataques físicos, tortura, asalto a mano armada, accidentes, encarcelación, privación de la libertad, etc.
Sujetos que fueron testigos o que sufrieron las consecuencias del evento, pero que no estuvieron en peligro inmediato.	Ser testigo de los resultados devastadores de ciertos eventos catastróficos de naturaleza masiva (explosiones de bombas, Rescate de naufragos, Traslado de heridos y muertos; ataques terroristas). Observar mutilados, cadáveres destrozados, (derrumbes, aludes, terremotos), etc.
Sujetos que tuvieron que enfrentarse con los resultados de un evento que implica muerte y riesgo de vida.	Recibir la noticia de que un ser querido ha muerto en combate, ha sido gravemente herido o se encuentra desaparecido (incluye a los familiares cuando se da la noticia; desaparecidos, secuestros, accidentes graves).

Criterio B: síntomas de reexperimentación

- **Criterio B:** Síntomas de reexperimentación del trauma (1 o más).

El acontecimiento traumático es reexperimentado a través de las siguientes formas:

- 1) Recuerdos de carácter intrusos que provocan malestar, y comprenden imágenes, pensamientos o percepciones. En niños esto puede expresarse en juegos repetitivos.
- 2) Sueños sobre el hecho traumático en forma recurrente. Los niños suelen presentar sueños atemorizantes sin contenido reconocible, en las cuales se expresan diferentes aspectos del trauma.

Los recuerdos traumáticos de carácter intrusos, se pueden manifestar de distintas formas: emociones intensas, miedo, rabia (bajo umbral de frustración), reminiscencias, pesadillas, sensaciones somáticas, ideas intrusas, sensación de permanente actualidad del acontecimiento (se repite una y otra vez), repuestas físicas y emocionales cargadas de afecto, ante estímulos que recuerden el evento.

Las pesadillas se manifiestan como una modalidad frecuente de reexperimentación del suceso estresante, representándose, el evento traumático como vivido en momento presente o como referencia simbólica.

Los flashbacks (son otra forma de reexperimentar el trauma), se caracterizan por expresarse visualmente, aunque suelen incluir emociones, sensaciones y conductas. Son generados, muchas veces, por el insomnio, la fatiga y las drogas estimulantes. En ellos, el sujeto experimenta la sensación de volver en el tiempo y revivir el hecho (reminiscencias).

Las pesadillas como los flashbacks u otros modos de reexperimentación del trauma, el sujeto, tiene escaso grado de control de sus conductas., sobre todo, si no puede darse cuenta de cuáles son los estímulos disparadores del distrés, que siguen a los recuerdos de carácter intrusos.

A las personas con Estrés Postraumático les resulta imposible considerar las experiencias traumáticas como un hecho del pasado o histórico. Por consiguiente, sus evocaciones consisten en impresiones (internas o externas) somato-sensoriales o emociones intensas, que se impulsan cuando la persona se siente expuesta a recuerdos directos del evento, o escenarios similares del mismo.

Si esto último ocurre se produce un efecto dominó, por ejemplo: una explosión de una bomba, el ruido del motor de aviones de guerra, violación o un abuso sexual infantil. La consecuencia directa de ello es la imposibilidad de asimilar el trauma. Las personas que padecen de TEPT, tienen una *percepción selectiva*,

esto es: una vez percibido el estímulo (neutro), responden casi mecánicamente a los desencadenantes del trauma.

En consecuencia, los estímulos o sensaciones internas, o aquellas provenientes del entorno, que puedan mejorar su calidad de vida se ven reducidos drásticamente.

Hay que tener presente que la percepción de este padecimiento por parte del sujeto es fragmentaria, en muchos casos se observa que no hay huellas en la psiquis de ninguna clase, existe como una amnesia selectiva en lugar de ello.

Criterio C: Síntomas de evitación y embotamiento o anestesia emocional

- **Criterio C:** Síntomas (3 o más).

Este criterio refiere a la evitación persistente de estímulos asociados al trauma y al embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican 3(o más) de los siguientes síntomas:

- 1) Evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- 2) Evitación de actividades, lugares o personas que reflejan el trauma.
- 3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- 4) Disminución del interés o de la participación en actividades importantes.
- 5) Desapego o indiferencia frente a los demás.
- 6) Restricción de la vida afectiva.
- 7) Pérdida de expectativas futuras.

El síntoma de la evitación se caracteriza por los indicadores que la persona busca eludir, dado que al contacto con ellos, activan el trauma, puede tomar formas muy diferentes, por ejemplo: el mantenerse alejado de las fechas recordatorias, eludir contactos con excombatientes, etcétera, o ingerir drogas o alcohol para embotar los sentidos.

Asimismo, evitan la activación emocional, sufriendo una decadencia progresiva en la expresión de sus sentimientos, cualquiera sean éstos (placenteros o aversivos). Esto va anestesiando las emociones auténticas provocando un mayor desapego.

Las personas con TEPT, por lo general, intentan evitar todo lo referido al trauma. Se rehúsan a hablar de él, intentan bloquear sus recuerdos, imágenes y sensaciones, buscan evitar actividades, lugares y personas que evoquen ese momento.

Algunos individuos tratan de aislarse en sus hogares para evitar encuentros desagradables; otros se hallan inmersos en una vida de fantasía, intentando pensar o sentir, que nada ha pasado. Hay quienes bloquean totalmente los recuerdos traumáticos (amnesia disociativa).

Criterio D: Síntomas de hiperactivación autonómica (2 o más).

- Criterio D: Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) o hiperactivación autonómica (2 o más).

Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican 3 o más de los siguientes síntomas:

- 1) Dificultades para conciliar o para mantener el sueño.
- 2) Irritabilidad o ataques de ira.
- 3) Dificultades en la concentración.
- 4) Hipervigilancia.
- 5) Respuestas exageradas de sobresalto

Al igual que en otros trastornos de ansiedad, el TEPT se caracteriza por una hiperactivación generalizada, la cual es mayor aún, luego de la exposición a sucesos disparadores.

Si bien manifiestan una anestesia emocional, el organismo de quienes sufren TEPT continúa reaccionando ante los diversos estímulos, como si hubiese una amenaza que pone la vida en peligro. Esto se manifiesta a través de los siguientes síntomas:

- **La dificultad en conciliar y mantener el sueño**, levantarse sin haber descansado, despertarse por pesadillas, miedo a tenerlas al acostarse. Los veteranos, asocian a esto por estar expuestos a jornadas nocturnas muy prolongadas (15 hs.)
- **Irritabilidad y estallidos de ira**, se manifiestan en intensas discusiones, rotura de objetos, gritos, críticas severas, impaciencia, o actos impulsivos. La ira suele aparecer acompañada de culpas, frustración, sensaciones de traición, y otras emociones displacenteras, que pueden llevar a malos humores y estallidos tempestuosos.
- **Problemas en la concentración y en los recuerdos.**
- **Hipervigilancia**, y respuestas sorprendidas e inesperadas, que provocan movimientos involuntarios ante un estímulo que las disparan. Los sujetos se encuentran en permanente estado de alerta. Suelen tomar precauciones excesivas por temor de peligros inexistentes. Algunos síntomas de la hipervigilancia son: miedo a que el suceso se repita, vulnerabilidad, dificultad para mantener la calma en lugares seguros, etc.
- **Respuestas exageradas de sobresalto** (hiperactivación), ante estímulos. El SNC, sensibilizado por un trauma muy importante o significativo para la víctima, provoca en el SNC, una excitación general (hiperactivación autonómica) que lleva al individuo, a reaccionar por encima de su término medio, ante estresores menores o estímulos relacionados con el trauma. De esta manera, los síntomas de hipersensibilidad del SNC incluyen generalmente: aumento de ciertas hormonas en sangre como, por ejemplo: catecolaminas, tiroxina y el cortisol; un elevado ritmo cardíaco, presión arterial alta, hiperventilación,

sensación de cabeza liviana, sudoración, manos húmedas y frías. Consecuentemente, los afectados tienden a sufrir intensas emociones negativas, como miedo, ansiedad, rabia o pánico frente a estímulos menores. Todo se torna amenazante., aunque sean estímulos poco significativos provocan una respuesta de sobresalto. Las sensaciones físicas habituales, como los estímulos del entorno, adquieren un significado dañino. El sistema nervioso autónomo, en particular el simpático, pierde, con esta hiperactivación continua, su función de alerta normal, en estados que pueden, viablemente, expresar una amenaza real. Esta advertencia persistente en el organismo, hace que las sensaciones físicas disipen su función principal de ser indicadores de peligro y declinan de servir como guías para la acción.

Criterio E: Duración de los síntomas en los criterios B, C y D

- **Criterio E:** síntomas de los criterios: B, C y D, con duración mínima de un mes.

Refiere al tiempo que los síntomas de los criterios B, C y D perduran en el TEPT, esto es más de un mes.

Criterio F: Distrés y disfunciones socio-ocupacionales

Criterio F: Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas vitales del individuo.

El trastorno causa un distrés clínicamente significativo o incapacidad social ocupacional o de otras áreas importantes del funcionamiento individual. Se debe especificar si es:

- **Agudo:** Si la duración de los síntomas es menor a tres meses.
- **Crónico:** Si la duración de los síntomas es de tres meses o más.
- **De inicio diferido:** Si el inicio de los síntomas es como mínimo seis meses después del evento traumático.
- **Las secuelas tardías** de un estrés devastador, es decir, aquellas que se manifiestan décadas después de la experiencia estresante, deben ser clasificadas de acuerdo con F62.0.

A continuación se resume en un cuadro los síntomas ajustados a los criterios B, C y D, de quienes padecen de TEPT:

<i>Resumen de las características típicas de pacientes con TEPT</i>		
<i>Criterio B</i>	<i>Criterio C</i>	<i>Criterio D</i>
Síntomas de Reexperimentación	Síntomas de Evitación	Síntomas de hiperactivación autonómica
<ul style="list-style-type: none"> • Ideación de carácter intrusa. • Pesadillas traumáticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación de pensamientos, lugares, situaciones y personas que 	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio. • Irritabilidad y bajo nivel del umbral frustración.

<ul style="list-style-type: none"> • Flashbacks • Distrés y reacciones fisiológicas • Distrés psicológico generado por estímulos asociados al trauma. 	<p>evoquen al trauma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amnesia psicogénica relacionada con ciertos sucesos traumáticos. • Disminución del interés o motivación por las personas o las cosas. • Sensación de aislamiento o disociación y de futuro desolador. • Disminución del grado afectivo. • Anestesia emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de concentración en las actividades. • Hipervigilancia. • Respuestas exageradas o exacerbadas de sobresalto.
--	--	---

Por último es importante señalar el rol del trauma y de los factores de vulnerabilidad pre-morbosos, diversos estudios señalan que, los antecedentes traumáticos infantiles, parecen aumentar la vulnerabilidad y contribuir a los síntomas de PTSD, dentro del contexto de otro trauma que ocurrió en edad adulta.

Bibliografía:

1. **Amdur L. Richard, Larsen Randy, Liberzon Israel**, “Emotional Processing in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: A Comparison with Traumatized and Normal Control”, *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 14, N°3, pág. **219 a 238**, Co- Editors – in – Chief Cytia G. Last / Michel Hersen. Editorial Pergamon USA, Mayo/Junio (2000).
2. **Aztick F. Douglas, Charles R. Marmar, Daniel Weiss, Warren S. Browner**, “Posttraumatic Stress Disorder and Functioning and Quality of Life Outcomes in a Nationally Representative Sample of Male Vietnam Veterans”, *Am J. Psychiatry* 154:12, pág. **1690- 1695**, December (1997).
3. **CIE 10**, “Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico”, Publicado por la Organización Mundial de la Salud, Editado en español por MEDITOR, (1992).
4. **DSM-IV**,” Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”, Edición Masson, S.A, Barcelona - España, (1995).
5. **Echeburúa Enrique, Paz de Corral**, “Trastorno de estrés postraumático”, pag. **178**.
6. **Kapland I. Harold, Sadock J. Benjamin, Grebb A. Jack**, “Sinopsis de Psiquiatría”, Séptima Edición, pág. **623**, Editorial Medica Panamericana S.A, Buenos Aires – Argentina, (1996).
7. **King W. Daniel and Lynda A. King, David W. Foy, Gudanowski M. David**, “Prewar Factors in Combat-Related Posttraumatic Stress

- Disorder: Structural Equation Modeling With a National Sample of Female and Male Vietnam Veterans”, *Journal Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, N° 3, pág. **520-531**, (1996).
8. **King W. Daniel, King A. Lynda, Erickson J. Daniel, Huang T. Mina, Sharkansky J. Erica, Wolfe Jessica**, “Posttraumatic Stress Disorder and Retrospectively Reported Stressor Exposure: A Longitudinal Prediction Model”, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 109, N° 4, pág. **624-633**, (2000).
 9. **King Daniel, Keane Terence, Foy David, Fairbank John**, “Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Female and Male Vietnam Veterans: Risk Factors, War – Zone Stressors and Resilience – Recovery Variables”, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 108, N° 1, pág. **164-170**, Ws, Dc., (1999).
 10. **Las Categorías Diagnósticas**, “DSM-III”, “DSM-R-III”, Tercera Reimpresión, Edición Masson, Barcelona – España, (1992).
 11. **Mehmet Sungur, Sumerli Aksin and Ozcubukcuoglu**, “Common Features of PTSD Cases Amongst a Group of Military Staff Referred From the Southeast Region of Turkey”, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Vol. 9, N° 4, pág. **179**, (1995).
 12. **Nishith Pallavi, Mindy B. Mechanic and Resick A. Patricia**, “Prior Interpersonal Trauma: The Contribution to Current PTSD Symptoms in Female Rape Victims”, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 109, N° 1, pág **20-25**. (2000).
 13. **Schnurr Paula, Ford Julian, Green Bonnie, Bradley J. Dain and Anjana Sengupta**, “Predictors and Outcomes of Posttraumatic Stress Disorder in World War II Veterans Exposed to Mustard Gas”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 68, N° 2, pág. **258-268**, (2000).
 14. **Scott P. Orr, Natasha B. Lasko, Nancy J. Berry, Caryl E. Ahern, Roger K. Pitman**, “Psychophysiologic Assessment of Women With Posttraumatic Stress Disorder Resulting From Childhood Sexual Abuse”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 66, N° 6, pág. **906-913**, (1998).
 15. **Sharkansky J. Erica, Daniel W. King, Lynda A. King and Jessica Wolfe, Darin J. Erickson, Lynissa R. Stokes**, “Coping With Gulf War Combat Stress: Mediating and Moderating Effects”, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 109, N° 2, pág. **188-197**, (2000).
 16. **Zahava Solomon, Karni Ginzburg, Yuval Neria and Abraham Ohry**, “Mental Health Department, Medical Corps, Israel Defence Forces, coping with war captivity”, *European Journal of Personality*, Vol. 9, N° 1, pág. **57-66**, West Sussex, UK., (1995).

e) Diagnóstico Diferencial

Introducción

Como se vió anteriormente en la Historia del Trauma, el criterio del DSM-III-R, definió el factor estresante como: “*un suceso que se encuentra fuera del marco normal de la experiencia humana habitual*”. Se había analizado que este concepto, era ambiguo y poco fiable, entonces se elaboró en el DSM-IV algunos criterios con la finalidad de clarificar el trastorno.

En forma general definimos que para que haya TEPT, las características del suceso traumático, ante el cual se vio expuesto el individuo, son las de haber experimentado o presenciado una situación en donde la integridad física,

propia y/o ajena hayan resultado seriamente comprometidas, incluyendo dentro de este marco, la muerte como acto de gravedad relevante.

Los síntomas comprenden:

1. La reexperimentación de la vivencia traumática.
2. La evitación de estímulos vinculados al trauma.
3. El incremento de la activación (arousal) en el sujeto.

En algunos casos se plantea la relación que existe entre el Estesor Traumático y el desarrollo del Estrés Postraumático.

En el momento actual, de los cinco criterios para definir una patología:

1. Descripción clínica precisa,
2. Marcadores Biológicos identificados,
3. Límites claros frente a otros trastornos,
4. Evolución en estudios de seguimiento y
5. Patrón genético.

El trastorno únicamente cumple el primero, no obstante, la ubicación de este cuadro clínico dentro de los Trastornos de Ansiedad parece bien fundamentada.

Diagnóstico Diferencial:

Constituir el diagnóstico diferencial entre trastorno de estrés postraumático y otros trastornos, según desde donde se lo analice, puede llegar a ser una tarea complicada, en particular si se tiene en cuenta los cuestionamientos de la validez diagnóstica en éste.

Una de las diferencias entre el Trastorno de Estrés Postraumático y los **Trastornos de Adaptación** reside en la génesis del acontecimiento desencadenante; mientras que en primero el acontecimiento ha de ser de gravedad extrema (una amenaza para la vida o seguridad de la víctima), en los segundos el agente no supone una amenaza tan comprometida.

Con *el Trastorno Disociativo*, la intensidad de la conducta evitativa, del aumento de la activación o la historia traumática suele ser inferior a la del Trastorno por Estrés Postraumático.

En los **Trastornos de la Personalidad** las conductas mal adaptativas son omnipresentes, generalizadas, incluso ante grados mínimos de estrés (bajo umbral de frustración), y en el duelo, los síntomas no tienen la intensidad del trastorno de estrés.

Con el **Trastorno de Estrés Agudo (TEA)**, la diferencia se localiza en el criterio cronológico. En éste, los síntomas han de presentarse dentro del primer mes siguiente al acontecimiento traumático. y debe durar como mínimo 2 días y como máximo 4 semanas. Si los indicadores duran más allá del mes, después

de ocurrida la experiencia traumática. y el paciente cumple los criterios del TEPT, ha de cambiarse el diagnóstico inicial por el de Estrés Postraumático.

Los síntomas del TEA son muy similares a los del TEPT. De todas maneras, un individuo , con un Trastorno de Estrés Agudo debe cumplir con **una sola** de las siguientes categorías: Reexperimentación (C), Evitación (D), Hiperactivación (E). A diferencia del TEPT, que requiere la presencia simultánea como mínimo de : **tres** síntomas de la categoría de Evitación y dos o más de la categoría de Hiperactivación.

La relación entre el PTSD y los Síntomas de **Depresión**, se encontraron evidencias de una relación recíproca entre ambos, en los estudios de seguimiento y control se examinaron: la reexperimentación, los síntomas de hiperexcitación y la anulaciones concluyó que la relación de reciprocidad se mantenía. En la hiperexcitación, la relación era que la hiperexcitación que se convertía en depresión.

Es importante acotar que todavía no se ha podido responder si la depresión está relacionada al trauma como parte del PTSD en sí o si ésta representa una serie de síntomas autónomos que tienen lugar independientemente del PTSD.

En el Trastorno de Estrés Postraumático y suelen estar presentes los *Fenómenos o Trastornos Disociativos*, especialmente la amnesia psicógena referida al suceso traumático. Si bien:

- El carácter nuclear del trastorno, viene marcado por la ansiedad y no por la disociación.
- Cuando está presente, tiende a disminuir, al menos en algunos casos, con el transcurso del tiempo.
- Y no afecta a todos los pacientes

Se hace mención del trastorno por la función que representa en la persona que lo padece y sus consecuencias en la clínica.

Función:

La disociación impide la expresión emocional del suceso traumático, que tienen una consecuencia protectora, al menos parcial, sobre la aparición de ciertos síntomas psicopatológicos.

La Alexitimia, y en general la Represión de la Emociones, pueden correlacionar con problemas de salud a largo plazo.

Importancia Terapéutica:

La presencia intensa de los *fenómenos disociativos* pueden formar un pronóstico de respuestas negativas al tratamiento y que gran parte de las estrategias terapéuticas estén encaminadas a hacer frente a la *disociación* mediante las técnicas de exposición o de abreacción emocional.

Es lícito conceptualizar la disociación, como una forma de evitación cognitiva, como una estrategia de afrontamiento ante una realidad psíquica de miedo extremo y de amenaza a la vida y, desde este aspecto, como una reacción secundaria a la ansiedad. La disociación no aparece en otros trastornos de ansiedad.

1. El trastorno de estrés postraumático y los trastornos disociativos

En algunos casos se plantea la relación que existe entre el Estresor Traumático y el desarrollo del Estrés Postraumático.

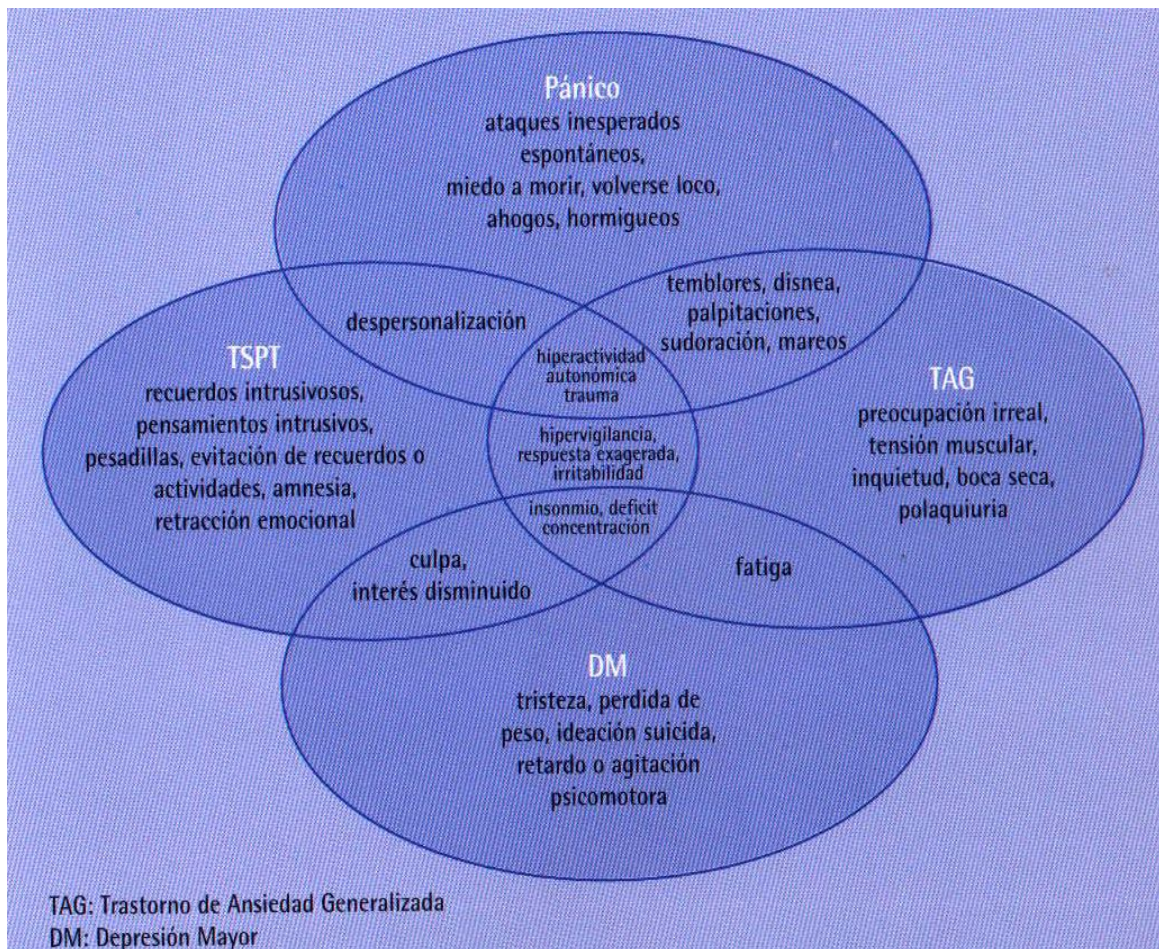
En la bibliografía consultada se hace especial hincapié en el diagnóstico diferencial con los trastornos de adaptación, el trastorno de estrés agudo, el obsesivo-compulsivo, los trastornos de la personalidad, en particular el trastorno límite de la personalidad, con la reacción de duelo y con los trastornos disociativos, los facticios y los de simulación.

Estrés Postraumático y Estrés Agudo: Diferencias y Semejanzas

Diferencias Neurohormonales entre Depresión y TEPT:

 <p>Trastorno por Estrés Postraumático</p>	 <p>Estrés crónico depresión</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ↓ niveles de cortisol - ↑ sensibilidad de receptores glucocorticoides - potenciación del <i>feed back</i> negativo - sistema H.P.A. se sensibiliza cada vez más 	<ul style="list-style-type: none"> - ↑ niveles de cortisol - ↓ respuesta de receptores glucocorticoides - desgaste del <i>feed back</i> negativo - sistema H.P.A. se desensibiliza cada vez más

Clínica de los Trastornos de Ansiedad y la Depresión:



Bibliografía:

1. **Bobes García Julio, Busoño García Manuel, Gonzáles García María Paz**, “Trastorno de Estrés Postraumático”, Editorial Masson, pag. **101**, Barcelona – España, (2000).
2. **Dr. Bronstein Roberto, Dra. Fernández A. Liliana**, “Trastorno Estrés Postraumático”, Este trabajo es parte del “Programa de Educación Médica Contínua” de Interclínicas Psi, WWW.interclínicas-psi.com.ar.
3. **Enrique Echeburúa, Paz de Corral**, “Trastorno de Estrés Postraumático”, pág. **177, 178**.
4. **Erickson J. Darin, King W. Daniel., King Lynda A., Sharkansky J. Erica and Wolfe Jessica**, “Posttraumatic stress Disorder and Depression Symptomatology in a Sample of Gulf War Veterans: A Prospective Analysis”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 69 N°1, pág. **41- 49**, American Psychological Association, Washinton DC, February (2001).
5. **Keegan J.** (1, p. 386), “What Is PTSD?”, *Am J. Psychiatry* 154:2, pág. **143-145**, February (1997).
6. **Lee Hyer University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Stanger Ellen and Boudewyns Patrick Veterans Affairs Medical Center, Augusta, GA**, “The interaction of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Older Combat Veterans”, *Journal of Clinical*

Psychology Vol. 55 N° 9, pág. **1073-1081**, Editor Wiley, Editors Kenneth I. Howard, Larry E. Beutler, New York, U.S.AA., September (1999).

7. **Yehuda Rachel and Alexander C. McFarlane**, "Conflict Between Current Knowledge About Posttraumatic Stress Disorder and Its Original Conceptual Basis", *Am J. Psychiatry* 152:12, pág. **1705- 1711**, December (1995).

f) Síntomas Clínicos

La mayor parte de las personas que han vivenciado un hecho de carácter traumático han podido continuar con sus vidas sin ser afectadas continuamente por los recuerdos y otras perturbaciones consecuentes.

La reminiscencia de recuerdos perturbadores sirven, en muchos de esos casos, para modificar las emociones asociadas al trauma permitiéndoles desarrollar un mayor umbral al estímulo.

El Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales nos da información sobre la sintomatología del PTSD. La descripción de los síntomas clínicos se abordarán, no sólo desde el punto de vista de los excombatientes, sino que se hará extensivo a los distintos modos de la afección.

Esto es particularmente importante, sobre todo por los acontecimientos que a diario nos sorprenden con las noticias de secuestros, robos a mano armada, que en lo que a estadística se refiere, aumenta y lamentablemente no hay indicadores que nos señalen que esto pueda revertirse. El hombre comienza a tener un sentimiento de inseguridad por no poder tener el control y por otra parte ve amenazado no sólo su mundo sino también su existencia.

Características Clínicas

Las principales características clínicas de este trastorno son la reexperimentación dolorida del acontecimiento, un patrón de evitación y embotamiento emocional y una hiperactivación casi constante.

Al igual que otros trastornos de ansiedad, entre los principales síntomas del trastorno, encontramos la *Ansiedad y Disociación*.

Como se ha mencionado anteriormente, cuando se percibe una amenaza, se dispara una cadena de cambios fisiológicos que preparan al cuerpo para la lucha o huida; la mente se vuelve más sensitiva y adquiere la habilidad de reaccionar con mayor rapidez (estrés). El estrés, entonces, es una respuesta adaptativa que, en circunstancias normales, prepara al organismo para la emergencia. Luego el cuerpo vuelve a su estado basal.

En la *Ansiedad* patológica (TEPT), en cambio, el organismo se mantiene en un estado de alerta permanente. Los sistemas de alarma se activan por más que sean pequeños estímulos.

En la *Disociación*, con relación a los recuerdos, el paciente se “escapa” o busca apartarse de sus recuerdos traumáticos. De modo tal que éstos, en lugar de mantener su lugar dentro de la cadena de memorias, se encuentran fraccionados y no se integran al resto, volviéndose intrusos.

Los sucesos traumáticos fijan una impronta en los sentimientos y en los sistemas de creencias de las personas y son capaces de provocar un sentimiento de pérdida en diversas áreas: en la creencia de uno mismo, en la seguridad del futuro, en la confianza hacia los demás y en la propia estima.

Con frecuencia se manifiestan sentimientos de culpa, de rechazo y humillación, estados disociativos, y sufrir crisis de angustia, registrar alteraciones en la memoria. Es posible también que puedan experimentar alucinaciones.

La afección psicológica ante la situación vivida depende, entre otras variables de:

- La intensidad del trauma.
- Las circunstancias del suceso.
- La edad de la persona.
- La historia traumática (agresiones previas).
- La estabilidad emocional anterior, de los recursos psicológicos propios.
- La autoestima.
- Apoyo social y familiar y de las relaciones afectivas actuales.

En general, se sostiene que el trastorno tiende a ser más grave y más duradero, cuando el suceso sufrido es más intenso y cuando las causas son obras del ser humano y no meramente accidentales.

Si bien no se ha podido constatar con otros estudios, la apreciación en este estudio de campo, que, el adiestramiento previo al combate, ha sido de mucho valor para contrarrestar los estímulos traumáticos.

Como se observa, hay diferencias individuales que se constatan entre las víctimas de un mismo hecho traumático, no todos los ex combatientes experimentan la afección, ni tampoco los que la sufren, la padecen con la misma intensidad.

El Trastorno de Estrés Postraumático en la infancia, no ha sido objeto de estudio sistemático. No obstante, se han descrito 3 factores diferenciados en los niños aquejados de este cuadro clínico en la edad escolar: en una

1. Combinación de evitación y de pensamientos intrusos;
2. El miedo y ansiedad generalizada; y,
3. Dificultades de concentración y alteraciones en el sueño, con pesadillas frecuentes.

Síntomas Clínicos

Si bien, el tipo de síntomas que se asocian a este cuadro clínico puede tener variación y cambien de unas personas a otras, hay tres aspectos relevantes que, en mayor o menor medida, se repiten de forma constante:

1. Las víctimas suelen reexperimentar en forma intensa la agresión sufrida o la experiencia vivida en formas de imágenes y recuerdos constantes involuntarios – *flashbacks* – y de pesadillas, así como de un malestar psicológico profundo y de una hiperactividad fisiológica ante los estímulos internos y externos vinculados al suceso.

2. Las personas que padecen el trastorno, son proclives a las conductas de evitación, o escaparse de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático; e incluso rechazan voluntariamente, pensar y dialogar con sus seres queridos sobre lo ocurrido.
3. Además, ellas muestran conductas de estar en un estado de hiperalerta (una respuesta de alarma exagerada), que se manifiesta en dificultades de concentración, en irritabilidad y, especialmente, en problemas para conciliar el sueño.

Como consecuencia de todo el espectro del trastorno, el que la padece, experimenta además una interferencia significativa en las relaciones sociales y laborales, una pérdida o disminución de interés por lo que anteriormente le resultaba atractivo desde el punto de vista lúdico e interpersonal (si el cuadro aparece asociado a la depresión es aún más complicado) y a un cierto embotamiento afectivo – algo así como una *anestesia psíquica*- para captar y expresar sentimientos de intimidad y ternura.

La Duración del Trastorno

El trastorno puede aparecer meses o incluso años después de que haya tenido lugar el suceso estresante. En la muestra se han observado varios casos de veteranos que han comenzado a tener los síntomas pasados los dieciocho o inclusive veinte años posteriores a la contienda.

La duración de los síntomas nos da un lineamiento del cuadro; un caso agudo es aquel en el cual los síntomas son menores a tres meses, mientras que un caso crónico es aquel en el cual el trastorno dura tres meses o más. Se diagnostica como “síntomas tardíos de PTSD” cuando han pasado por lo menos 6 meses desde el hecho traumático hasta la presencia de los síntomas.

En perspectiva, hay estudios que muestran que:

- La cantidad (en promedio) de síntomas o
- el porcentaje de casos con PTSD en diferentes momentos de un seguimiento del trauma.

Al paso del tiempo se observa una declinación en los promedios de la sintomatología. No obstante hay que tener sumo cuidado porque los afectados, pueden manifestar una información confusa o ambigua, sobre los cambios en los síntomas.

Aunque es cierto que, *en promedio*, los síntomas del PTSD disminuyen con el tiempo, se aprecian en la historia clínica del individuo, variaciones en la línea de conducta del PTSD.

Al presente, no se conoce el porcentaje exacto de:

- Gente que tiene síntomas inmediatos Vs. síntomas tardíos,
- Un episodio sintomático Vs. Varios episodios sintomáticos,
- Una línea de conducta estable Vs, Una línea de conducta variada.

No obstante, ni los síntomas tardíos, ni la línea de conducta estable parecen ser la norma.

Los individuos que son asintomáticos (aquellos que no se manifiestan dentro de los criterios de diagnóstico en algún momento de la evaluación), pueden encontrar que sus síntomas se reactivan por un estresor, que puede estar relacionado o no con el trauma inicial. Para algunos, el período asintomático o de síntomas leves, pueden ser muy largos.

Por ejemplo, con motivo de la evocación de 20 aniversario del Desembarco en las Islas Malvinas, se congregaron en Tierra del Fuego los veteranos y familiares de las víctimas, muchos de los asistentes a ese evento reexperimentaron síntomas que no habían padecido hasta ese entonces, otros que padecían PTSD aumentaron la intensidad de su trastorno. Se tuvo que lamentar la muerte de un excombatiente durante los actos.

Un fenómeno muy parecido sucedió con los veteranos de la segunda guerra mundial en su 50 aniversario.

Los valores estimativos de la extensión de la “cronicidad” dependen de los criterios de duración utilizados para determinar el PTSD. El Estudio Nacional de Comorbosidad (Kessler 1995) informó que:

- Los síntomas duraban mas de un año en más de los dos tercios de los casos de PTSD, y
- Más de tres años (en más) de un tercio de los casos de PTSD.

Hay muy poco conocimiento empírico sobre los factores de riesgo del PTSD crónico. Es posible que los mismos factores que son de riesgo en el PTSD también aumenten el riesgo de “cronicidad”.

Lo que se cree que disminuye el riesgo de cronicidad y de sufrir PTSD es la intervención temprana, pero los datos existentes no permiten sacar conclusiones valederas en este momento.

El PTSD crónico generalmente esta acompañado por otros desordenes psiquiátricos del Axioma I y dificultades en las funciones psicosociales.

Síntomas Asociados

Podemos citar las conductas agresivas y de violencia, bajo umbral de frustración o insuficiente control de los impulsos, depresión y trastornos relacionados con sustancias.

El suicidio y los actos autodestructivos no se encuentran primariamente relacionados al conflicto, sino, que se lo relaciona a patrones de

comportamientos más primarios, originados en experiencias traumáticas sufridas durante la infancia.

Algunos individuos que padecen TEPT tienden a *Exposición Compulsiva al trauma*, es decir, buscan re-exponerse compulsivamente a situaciones similares del trauma.

En el marco de la presente investigación se ha observado que el mayor porcentaje de los veteranos de guerra ha contestado afirmativamente a la pregunta que se le formuló, si eran voluntarios para ir de nuevo a la guerra, y si en el caso de no ser convocado haría todo lo posible para ser incluido en los combatientes.

Este fenómeno no ha sido mencionado en el marco de los criterios diagnósticos del TEPT en los DSM, pero que son vistos con frecuencia en numerosos casos. (Por ejemplo, las mujeres que se sienten atraídas por hombres que las maltratan, o niños que son abusados sexualmente que siendo adolescentes o adultos adoptan conductas promiscuas).

En esta reedición del trauma, la persona puede jugar el rol de victimario o de víctima.

En el perfil del MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), los pacientes obtienen un puntaje alto en escalas Sc, D, F, y Ps, y en el test de Rorschach con frecuencia se observa material agresivo y violento.

Víctimas de Agresiones

Este cuadro clínico se ha estudiado muy especialmente en ex combatientes, sobre todo de la guerra del Vietnam y en víctimas de agresiones sexuales.

Las mujeres maltratadas han sido incluidas en este cuadro clínico, con la ampliación de la definición del Trastorno de Estrés Postraumático en el DSM-IV respecto al DSM-III-R.

De hecho en la situación de maltrato doméstico están presentes algunos indicadores de este cuadro clínico: la duración prolongada del abuso, las agresiones y amenazas a la vida de la mujer y / o de los hijos, el maltrato Psicológico, etcétera.

Los estudios realizados sostienen que la posibilidad de experimentar este trastorno es mayor en las mujeres agredidas que rechazan pensar voluntariamente y dialogar con sus seres queridos sobre lo ocurrido que en los ex combatientes, porque el suceso traumático se produce con frecuencia en un lugar *seguro* – casa, ascensor, portal, lugar de trabajo, etc.,- para la víctima.

Los veteranos de guerra si bien experimentan el trastorno con vívida actualidad (como si el suceso estuviera ocurriendo en ese momento), saben que probablemente nunca más se van a exponer a esa situación de estrés debido a que no van a volver a la guerra.

Las víctimas de agresiones sexuales, muy por el contrario, conviven, por lo general, en el mismo escenario o situaciones de la vida cotidiana (tomar un

ascensor, un taxi, etc.), en el que ocurrió el hecho traumático y con el miedo de que le vuelva a suceder.

Características Comparativas con los Veteranos de Guerra

El trastorno presenta algunas características diferenciales según sea el agente inductor del mismo.

En el ámbito de las *agresiones sexuales*, la activación aumentada de los síntomas funciona como una respuesta adaptiva ante el temor de experimentar un nuevo acontecimiento; porque ocurre frecuentemente en el medio habitual de la víctima y a manos, en más del 50 % de los casos, de personas con la que posee un trato frecuente. Las pesadillas, por el contrario, ocupan un lugar comparativamente secundario.

El perfil de estrés postraumático de los *veteranos de guerra* está diferenciado por un gran número de pesadillas y por la apatía – el aumento de activación no es en este caso una respuesta adaptiva, ya que se encuentran ahora lejos del teatro de guerra y no hay perspectivas de volver a él-.

No obstante de lo apuntado precedentemente, también se observan algunas características similares como ser: reacciones inmediatas ante algún estímulo que le evoque la situación traumática, malestar generalizado, aislamiento, pérdida de apetito, insomnio, etc.

Es frecuente, además encontrar asociado a esto síntomas de depresión y pérdida de estima personal y una desconfianza de las propias capacidades para conducir una vida futura.

Es esperable observar en estos casos, las amnesias selectivas, fenómenos disociativos (por ejemplo, la atribución de los síntomas a circunstancias ajenas al trauma).

Esto último podemos encontrar su explicación por los sentimientos de vergüenza y/o de culpabilidad experimentados y por la predisposición de olvidar acontecimientos desagradables, así como, en algunos casos, por una percepción insuficiente o deformada de lo ocurrido.

Es mucho más frecuente observar la dependencia a las drogas, la depresión, el alcoholismo, etc, entre los veteranos de guerra, que entre las víctimas de agresión sexual.

Los sentimientos de culpa, si bien se experimentan en ambos casos, se realizan desde distintas significaciones (principio de *Equifinalidad*- Watzlawick, Beaviny Jackson 1966).

En el caso de las agresiones sexuales, hay una visión sesgada de lo ocurrido, esto es, la víctima siente una superlativa responsabilidad por los errores cometidos durante el suceso y pensamientos obsesivos en relación con las conductas que pudo haber tenido y no tuvo.

En los Veteranos de Guerra en cambio, todo se centra en las atrocidades vividas en el teatro de operaciones y en el hecho de seguir viviendo cuando otros compañeros han muerto.

Esta autoinculpación influye gravemente en los sujetos en aspectos como pueden ser la autoestima y la readaptación emocional y afectiva.

Respecto del aspecto social, son frecuentes las conductas de evitación en las relaciones interpersonales y del aspecto afectivo, déficit en la interrelación de los sentimientos -sobre todo de intimidad y sexualidad (pérdida del deseo erótico y algunas disfunciones sexuales)-.

Todo ello contribuye a que el que padece este trastorno manifieste problemas familiares, ocupacionales e interpersonales y en consecuencia vea alterada, de manera sustancial, su calidad de vida.

En síntesis el TEPT comprende los siguientes síntomas:

- Evocaciones recurrentes e intrusas.
- Sueños recurrentes y angustiosos del suceso.
- Actuar o sentirse como si el suceso traumático se repitiera constantemente.
- Angustia psicológica o reacción física intensa al ser expuesto a eventos similares al trauma vivido.
- Evitación insistente a los estímulos que se relacionan con el trauma, o tener la sensación de bloqueo, (sin posibilidad de reacción).
- Esfuerzos para evitar sentimientos asociados con el evento traumático.
- Evitación de toda actividad o situación que le despierte evocaciones del mismo.
- Incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma.
- Participación marcadamente disminuida en actividades que antes tenían interés o que anteriormente les resultaban significativas para el sujeto.
- Sentimiento de aislamiento.
- Sensación de futuro reducido o acotado; y, finalmente.
- Síntomas de incremento de activación (hiperarousal).

Bibliografía:

1. **Bobes García Julio, Busoño García Manuel, Gonzáles García María Paz**, “Trastorno de Estrés Postraumático”, Editorial Masson, Barcelona – España, (2000).
2. **CIE 10**, “Trastornos Mentales y del Comportamiento, Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico”, *Publicado por la Organización Mundial de la Salud*, Editado en español por MEDITOR, (1992).

3. **Dr. Alfredo H. Cia**, “Trastorno por Estrés Postraumático Diagnostico y Tratamiento Integrado”, Primera Edición, Imaginador, Buenos Aires, (2001).
4. **DSM-IV**, “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”, Edición Masson, S.A, Barcelona - España, (1995).
5. **Everly S. George and Lating M. Jeffry**, “ Psychotraumatology, Key Papers and Core Concepts in Post-Traumatic Stress”, Plenum Press, New York, (1995).
6. **Kapland I. Harold, Sadock J. Benjamin, Grebb A. Jack**, “Sinopsis de Psiquiatría”, Séptima Edición, pág. 627, Editorial Medica Panamericana S.A, Buenos Aires – Argentina, (1996).
7. **Mitchell T. Jeffrey and Everly S. Geroge**, “ Critical Incident Stress Debriefing: CISD”, An operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress Among Emergency Services and Disaster Workers, Second Edition, Revised, *Chevron Publishing Coporation*, (1995 – 1996).
8. **Watzlawick Paul, Beavin Janet Helmick y Jackson Don.D.** “Teoría de la Comunicación Humana”, Editorial Tiempo Contemporáneo, (1966).

g) Tratamiento Psicofarmacológico

Tratamiento Psicofarmacológico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

El enfoque actual del tratamiento con psicofármacos del TEPT obliga a realizar una referencia histórica del mismo.

Muchas fueron las moléculas que se han utilizado en el tratamiento de esta enfermedad y especialmente, todas han sido probadas en los veteranos de guerra que sobrevivieron al conflicto de Vietnam.

Inicialmente se utilizaron los antidepresivos clásicos como los IMAO (Inhibidores de la Mono Amino Oxidasa) y los Antidepresivos Tricíclicos (ATC) como así también los antipsicóticos.

Recién desde el advenimiento de los antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (IRSS); la publicación de las Guías prácticas sobre el tratamiento psicofarmacológico del TPET y la aprobación por parte de la Food and Drug Administration (FDA – USA) de la *Sertralina*, como el primer fármaco que se demostró como verdaderamente eficaz en el tratamiento del mismo, constituyen dos circunstancias que vinieron a poner orden en el mismo.

Si bien los resultados del tratamiento son variables según el grupo en estudio, es el objetivo del mismo la desaparición de los síntomas o la disminución de los mismos en al menos un 70 %.

Aún existen controversias y los expertos no han establecido claramente pautas claras y estándares como se han logrado para otras enfermedades.

De igual modo, ciertos grupos de estudio como GE (Grupo de Expertos) y el GICDA (Grupo Internacional de Consenso sobre el Tratamiento de la Depresión y Ansiedad) han logrado establecer las pautas básicas para realizar el tratamiento del mismo.

La mayor parte de la información proviene de los estudios realizados en los Estados Unidos con los Veteranos de Guerra y poco se ha realizado aún en la población civil, ..

El tratamiento psicofarmacológico de TPET debe contemplar tres fases:

- a) estabilización;**
- b) mantenimiento y**
- c) discontinuación.**

De hecho, la duración del mismo será prolongada.

La estabilización de los síntomas lleva de 2 a 4 meses.

El mantenimiento será como mínimo de 12 meses.

La discontinuación se realizará en 2 a 4 semanas.

Los objetivos de tratamiento, descriptos por Bessel Van der Kolk y Davidson serán:

1. Mejorar la sintomatología, que consiste en:
 - 1.1 Reducir los síntomas intrusivos y la tendencia a interpretar los estímulos como recurrencia del trauma.
 - 1.2 Disminuir la conducta evitativa
 - 1.3 Mejorar el embotamiento, el distanciamiento y el humor.
 - 1.4 Disminuir la hiperactivación, tanto la tónica como la desencadenada por la exposición a un recuerdo del trauma.
 - 1.5 Disminuir la impulsividad y los síntomas psicóticos y disociativos.
2. Aumento de la capacidad de adaptación al estrés.

3. Disminución del riesgo de comorbilidad secundaria al TEPT (uso/abuso de alcohol otras sustancias, conductas violentas, suicidio,.etc.)
4. Mejorar el funcionamiento general del paciente.
5. Mejorar su calidad de vida.

La presente descripción de los fármacos más conveniente para el tratamiento del TEPT está basada en las referencias del Grupo de Expertos (GE) del Consensus para las Pautas Guía para el Tratamiento del TEPT y el consenso realizado por el *Grupo Internacional de Consensus en Depresión y Ansiedad*. (GICDA)

Las actuales referencias de la literatura médica internacional señalan que los fármacos de primera elección para el tratamiento del TEPT son los *inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina* (IRSS) debido a que han demostrado amplia eficacia sobre la mayor parte de los síntomas.

Hasta el presente, el único fármaco aprobado por la FDA ha sido la Sertralina, si bien otros están también demostrando su utilidad, tales como la *Paroxetina* y la *Fluoxetina*; *Fluvoxamina* y *Citalopram*. Asimismo, la *Nefazodona* y la *Venlafaxina* resultan útiles.

Según Davidson (..) los IRSS son de primera elección, pero también aconseja a los Antidepresivos Tricíclicos y los IMAOs como de segunda y tercera elección respectivamente.

Por otra parte, el GICDA ha analizado los diferentes psicofármacos y se ha expedido según se detalla en la siguiente tabla:

Familia Farmacológica	Eficacia en el Tratamiento del TEPT
BENZODIACEPINAS	Ineficaces
ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS:	
Amitriptilina:	Eficaz
Imipramina:	Eficaz
Desipramina:	Eficaz
IMAOS – Fenzelzina	Eficaz
IRSS:	Eficaces
ANTAGONISTAS 5-HT ₂ : Nefazodona	Resultados Prometedores
ANTICONVULSIVANTES:	
Carbamacepina:	Resultados Prometedores
Ácido Valproico:	Resultados Prometedores
Lamotrigina:	Resultados Prometedores

Concluyendo entonces, hay acuerdo en que los fármacos de primera elección en el tratamiento psicofarmacológico del TEPT son los IRSS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina)

Entre sus acciones estarían la de mejorar la sintomatología en general, mejorar la capacidad de adaptación al estrés y del nivel de discapacidad; como así también favorecer el tratamiento de las patologías comórbidas tales como la depresión y la ansiedad.

También se ha arribado a algún tipo de acuerdo sobre qué fármaco elegir según el tipo de síntoma predominante. El GE (Grupo de Expertos) recomienda como fármaco de primera elección a los IRSS; la Nefazodona; y la Venlafaxina (en ese orden)

Indicación Según el Tipo de Clínica

<u>Síntoma más Prominente</u>	<u>Fármacos Indicados</u>
Pensamientos intrusivos Reviviscencias Evitación, pánico y miedo relacionado con el trauma. Ansiedad general (arousal, hipervigilancia, reacción de sobresalto) Embotamiento, desapego, pérdida del interés, síntomas disociativos. Irritabilidad, ataques de ira, dificultades de concentración, culpa, vergüenza.	<ul style="list-style-type: none"> • IRSS (Sertralina, paroxetina; fluoxetina; fluvoxamina; citalopram) • Nefazodona • Venlafaxina
Trastornos del Sueño	Trazodona Considerar también: <ul style="list-style-type: none"> • Zolpiden • Antidepresivos Tricíclicos • Benzodiazepinas

Debe hacerse notar, con respecto a este último punto, en cuanto al uso de las benzodiazepinas para el tratamiento del sueño, que si bien el GE lo recomienda, el GICDA lo desaconseja, incluso a corto plazo y también desaconseja la utilización de los ATC por la somnolencia diurna que produce, con el consiguiente riesgo de accidentes de tránsito y también resalta el riesgo de toxicidad cardíaca por sobredosis.

De los benzodiazepínicos, el *Clonazepan* sería el más beneficioso para tratar la evitación; el pánico; el miedo relacionado con el trauma y la ansiedad general (arousal; hipervigilancia; y reacción de sobresalto)

***Antiadrenérgicos* y *Buspirona* son útiles para el tratamiento de la ansiedad generalizada, hipervigilancia y sobresalto.**

Otra autora, Yehuda, no está de acuerdo con el Grupo GE y considera que es muy raro que un solo fármaco pueda resultar útil para todos los síntomas, sino que ciertos fármacos serían útiles para determinados grupos de síntomas, tal como se muestra en la siguiente tabla:

FÁRMACO	Síntomas que se benefician
Antidepresivos Tricíclicos	Humor, obsesiones, intrusiones y arousal.
IMAOs	Intrusiones; Sueño
IRSSs	Explosiones de agresividad; Arousal; control de los impulsos; sueño.
Antihipertensivos	Arousal

Indicación por Tipo de Trauma:

No existe diferencia entre el tipo de trauma recibido y la medicación a ser utilizada.

En realidad, los trabajos analizados concuerda en que la elección del fármaco es independiente del evento traumático vivenciado por el paciente.

Oportunidad de Inicio del Tratamiento Farmacológico

El GICDA recomienda que si pasadas las **tres semanas** el paciente presenta aún síntomas de estrés agudo o presenta flashbacks o revivencias del episodio, debe comenzarse con el tratamiento con dosis bajas de IRSS e ir incrementándolas cada cuatro días hasta alcanzar las dosis terapéuticas que correspondan al tratamiento de la depresión para las respectivas sustancias elegidas.

El fármaco elegido siempre debe mantenerse un mínimo de tres meses a dosis útil, similar a las dosis utilizadas para la depresión mayor y la mayoría de las veces, con dosis más cercanas a las máximas que a las medias, para poder evaluar si corresponde realizar un cambio o una rotación de mismo en caso de que la respuesta no resulte lo suficientemente satisfactoria.

A tal efecto debe considerarse el modelo de Kupfer para la evaluación de la eficacia de los fármacos antidepresivos, que se sintetiza en la siguiente tabla:

Concepto	Definición Operativa
Remisión o respuesta	Reducción de los síntomas de mas del 75 %, mantenida al menos 3 meses.
Respuesta parcial	Reducción de los síntomas entre el 25 y el 75%
No Respuesta	Reducción de los síntomas de menos del 25 %
Refractariedad	Ausencia o muy baja respuesta tras varios intentos con técnicas biológicas y psicoterápicas

Cambio de Medicación en Caso de Ausencia de Respuesta

El GE sugiere el siguiente esquema para realizar cambio de fármaco, según lo que estaba recibiendo:

IRSS	Nefazodona	Venlafaxina
↓	↓	↓
Cambiar por:		
Venlafaxina Nefazodona ATC IMAOs	IRSS Venlafaxina ATC IMAOs	IRSS ATC Nefazodona IMAOs

Otros Medicamentos Utilizados

Carbamacepina: Es un antiepiléptico, resulta muy útil para el tratamiento de la hiper-excitabilidad, la reacción de sobresalto y la agresividad.

Atenolol: es un anti-hipertensivo □-Bloqueante muy útil para la agresividad; explosividad; hiperalerta y los temblores.

Clonidina: para la conducta automutilatoria.

Clonazepan y Alprazolam: para pacientes que presenten alto componente ansioso; pesadillas; insomnio de conciliación, ansiedad severa o trastorno de Pánico.

Estabilizadores del Humor: Carbonato de Litio.

El Carbonato de Litio es un medicamento eficaz para el tratamiento de la enfermedad maníaco-depresiva como para la manía aguda, la manía recurrente y para disminuir la severidad y frecuencia de recaídas de la depresión y la manía recurrente. O sea, se utiliza como antirrecurrencial.

De igual forma, se han incorporado como anti- recurrenciales a las drogas anti-epilépticas, como la Carbamacepina y el Ácido Valproico.

Antipsicóticos: La Risperidona (antipsicótico atípico) es utilizada en caso de existir comportamiento violento, agresivo, irritable o explosivo.

Controles Biológicos y Clínicos de la Medicación Psicofarmacológica.

Muchos de los medicamentos utilizados en el tratamiento del TEPT, requieren que se realicen controles de laboratorio, para determinar si se desarrollaron efectos adversos.

Deben realizarse análisis de sangre hematológicos y hepáticos cada tres meses a fin de determinar si existe elevación de las enzimas hepáticas,

alteración de la fórmula de los leucocitos o disminución de las plaquetas sanguíneas.

La Carbamacepina debe dosificarse trimestralmente para determinar que se encuentre en dosis útil, y el Carbonato de Litio compite con el ion yodo por lo cual debe controlarse la función tiroidea periódicamente.

Los antidepresivos Inhibidores de la Mono Amina Oxidasa (IMAO) requieren de cumplir una dieta especial, y los Antidepresivos Tricíclicos (ATC) y los beta – Bloqueantes actúan sobre el aparato cardiovascular, por lo que se realizarán controles cardiológicos periódicos.

Resumen:

El tratamiento biológico del TEPT actualmente esta ordenado de tal manera que existen medicaciones que atenúan o eliminan los síntomas del mismo.

Éste debe ir acompañado de diferentes abordajes psicoterapéuticos que permitan el adecuado procesamiento psicológico de las situaciones traumáticas vividas.

Nunca debe esperarse que por sí sola la medicación resulte tan efectiva como para curar el proceso que está sufriendo el paciente.

Bibliografía:

1. **Bobes, J.; González, MP; Bascarán MT;**et al, Interpsiquis. Psiquiatria.com
2. **Davidson Jrt.**, “Biological Therapies for Post-Traumatic Stress Disorder”. *J. Clin. Psychiatry*, 58 (Supl 9): **29-32**, (1997).
3. **Dr. Stagnaro Juan Carlos, Dra. Bednarz Carla, Dra. Sobreto Laura**, “Diccionario de Psicofarmacología”, Editorial Polemos S. A., Buenos Aires, (1994).
4. **Yehuda R., Davidson J.** “Trastorno Por Stress Postraumatico – Manual Para Clinicos”.
5. **Zieher, L.M.; Bertera, H; Wikinsky S. et. al.;** “Neuropsicofarmacología Clínica”; *Colección de Farmacología*; 2ª Ed. (1999).

h) Tratamiento Psicológico

Escuelas y Técnicas Psicológicas

Originalmente, se pensó al PTSD como una respuesta normal a un hecho adverso de la vida. El PTSD describe un síndrome en el cual el sobreviviente es incapaz de apartar el evento en cuestión de su mente. Las escenas del evento traumático vuelven involuntariamente en forma de imágenes, recuerdos indeseados, pesadillas o escenas retrospectivas (flashbacks). Por lo general, la reexperimentación o el recuerdo del evento traumático está acompañado de intenso estrés, y con frecuencia los sobrevivientes experimentan síntomas físicos asociados con dicha situación.

Síntomas claves del T. por Estrés Postraumático

Reexperimentación del evento traumático:

recuerdos intrusivos, "flashbacks", pesadillas, respuestas físicas y emocionales exageradas a estímulos relacionados con el trauma

Evitación:

actividades, lugares, pensamientos o conversaciones relacionadas con el trauma

Hiperactivación:

alteraciones sueño, irritabilidad, difícil concentración, hipervigilancia, respuesta exagerada

Emocional:

pérdida de interés, sentirse separado de los otros, restricción afectiva



El Modelo de Janet para el Tratamiento del Estrés Post Traumático

Janet es considerado por la Escuela Francesa como el precursor del abordaje del Estrés Postraumático.

Janet consideraba a la inhabilidad de integrar memorias traumáticas por parte de los que la padecen, como el tema fundamental de los síndromes post-traumáticos.

El tratamiento del trauma psicológico siempre incluía un intento por recobrar e integrar las memorias del trauma a la totalidad de las identidades de las personas.

El acercamiento psicoterapéutico de Janet al estrés post traumático incluía las siguientes etapas.

1. Estabilización, tratamiento orientado al síntoma, y la preparación para la liquidación de las memorias traumáticas.
2. Identificación, exploración, y modificación de las memorias traumáticas.
3. Prevención de recaída, alivio de la sintomatología residual, reintegración de la personalidad, y rehabilitación.

En todas las fases se indicaba el recobro, la exploración y la modificación de las memorias traumáticas.

El modelo de etapas de Janet es muy similar a los modelos modernos de tratamiento del PTSD y de los desordenes disociativos

Janet varió la secuencia y los métodos con relación a la etapa del desorden y al estado de la economía mental del paciente. Algunos temas, como el trabajar con las memorias traumáticas debe ser tratados una y otra vez a lo largo del tratamiento.

Primer Etapa: Estabilización y Reducción de Síntomas

Las personas con reacciones post traumáticas agudas, o con exasperación de patología crónica necesitan antes que nada una estabilización de sus síntomas. En su mayoría esto incluye descanso (incluyendo hospitalización), simplificación del estilo de vida, y la formación de una relación terapéutica. En casos agudos no complicados, estos procedimientos son generalmente suficientes

Descanso, Aislamiento y Simplificación del Estilo de Vida

Segunda Etapa: Modificación de las Memorias Traumáticas

Para Janet, la liquidación de las memorias traumáticas era la clave para la resolución del estrés post traumático. Las memorias traumáticas disociadas continuaban, al igual que las ideas fijas del subconsciente, conductas periódicas no concientes y fuera de control, estados emocionales, sensaciones somáticas, y sueños irrelevantes a las experiencias presentes pero con relación al trauma original (Janet, 1893). La falta de integración de las memorias traumáticas conducía al desarrollo de una personalidad comprometida. "No siendo capaces de integrar las memorias traumáticas, parecían haber perdido su capacidad de asimilar nuevas experiencias.

Tercer Etapa: Reintegración y Rehabilitación de la Personalidad

La asimilación de las ideas traumáticas fijas era necesaria pero insuficiente para la resolución del estrés post traumático. Tres temas clínicos deben ser abordados: prevención del relapso, reintegración de la personalidad, y el manejo de los síntomas residuales de la pan-neurosis post traumática. Las tres condiciones estaban asociadas con la inestabilidad psicológica y la disminución de la tensión psicológica.

La línea de Janet es considerada actualmente como base para la Escuela Francesa en el abordaje del tratamiento del Estrés Postraumático.

PSICOLOGÍA EXISTENCIALISTA

La psicología Existencialista se podría ubicar en un espacio entre la Filosofía Existencialista y la Psicología Profunda, no obstante eso, tiene su propio método.

Considera al ser humano en su existencia, esto es, el hombre por su existencia se hace a sí mismo, lo que es y lo que debería ser, como proyecto de ser dentro de las posibilidades concretas que a cada uno se le ofrecen.

La contribución de la terapéutica existencialista consiste en comprender al hombre como *ser*. No niega; pero afirma que los impulsos o los dinamismos sólo pueden entenderse dentro de la estructura existencial de la persona.

El captar el ser de otra persona pertenece a un plano diferente al de los conocimientos anecdóticos sobre él. Cuando conocer a una persona se debe subordinar nuestro conocimiento *sobre* él al hecho básico de su existencia real.

Sartre: “si analizamos al hombre hasta reducirlo a sus datos originales, a ciertas fuerzas, impulsos (o deseos), adheridas al sujeto como propiedades de un objeto”, indudablemente podremos acabar formando un catafalco imponente de sustancias, a las que podemos bautizar luego con el nombre de mecanismos, dinamismos, esquemas...”

La cuestión fundamental es responsabilizarse de su propia existencia. Si la persona es auténtica, su sentido de existencia no puede ser lo que otros le han dicho que deba ser, si no el punto de apoyo desde el cual ella sea quien evalúe las exigencias y diseñe su propio proyecto.

Para comprender lo que significa existir necesitaríamos confrontarnos con el hecho de que podamos no existir. Ese es un impulsor de nuestros proyectos. La Ansiedad es la práctica de la amenaza inminente de no ser.

El carácter neurótico y esperable de la ansiedad es el espíritu del individuo al darse cuenta de que su existencia se ve amenazada, de que puede hundirse con todo su mundo y convertirse en “nada”. La ansiedad es ontológica; el miedo no, éste es objetivable. La ansiedad siempre implica un conflicto interior.

En el Análisis Existencial se empieza afirmando que la persona del veterano de guerra y su mundo forman un todo unitario y estructural; eso es lo que quiere expresarse precisamente con la articulación de las palabras *ser-en-el-mundo*. Los dos polos que son el ser y el mundo, están siempre relacionados dialécticamente. EL veterano implica el mundo y el mundo lo implica a él. Ninguno es independiente del otro, y ninguno puede entenderse sino en relación con el otro.

Las experiencias psicológicas vividas por el veterano han sido muy profundas, su tiempo se “fundió” en una amalgama entre el presente y sus vivencias de guerra. Su proyecto parece objetivado en el ser por eso es necesario desde esta visión cambiar su orientación temporal.

Al tratar con las personas que padecen TPET, es necesario darle una comprensión del carácter histórico de su experiencia sin cometer la equivocación en tratar el pasado como algo mecánico. El pasado no es el “hoy que fue”, ni una colección de sucesos aislados que reexperimenta, ni un

archivo anquilosado de tortuosos recuerdos, sino debe ser considerado como una columna que sostiene una identidad que cobra sentido solo si se trazan proyectos en el que pueda autorrealizarse.

LOGOTERAPIA.

Escuela de la psicoterapia abocada a la búsqueda del sentido vital. Logoterapia es sinónimo de Terapia de la existencia ó del sentido. “Logos” significa “sentido”, “propósito”.

Viktor Frankl fue el creador de ésta teoría, luego de haber sido sobreviviente de cuatro campos de concentración, al quedar expuesta su condición de judío. Su fundamento principal y motor para la creación de su teoría estuvo dado por la capacidad de sobrevivir y enfrentar la adversidad superando la angustia existencial. Trabajó con pacientes suicidas, de los cuales adquirió gran experiencia;

“El hombre sólo puede ser aprendido desde adentro”. Ahí es donde se encuentra su esencia. En la problemática de los veteranos de guerra es muy importante que el descubrimiento del sentido de su existencia se funde en el concepto de “voluntad de sentido”, al cual hace referencia al hecho de entregarse a la capacidad de elección, entregarse a la libertad íntima y espiritual.

El vacío existencial es el sentimiento de que la vida carece completamente de sentido, debido a una pérdida de los instintos y necesidades básicas y de las tradiciones, ese vacío es el que experimenta cada vez que reexperimenta la frustración de sentir que haga lo que haga, es siempre lo mismo. Arremete contra la familia su agresión porque ella es la depositaria de contenerlo. “A veces pienso que he agredido a mi familia porque es la que más quiero” una vez me expresó un veterano.

La “frustración existencial” aparece cuando se frustra el deseo de sentido en el hombre. De ésta frustración surge la patología que Viktor Frankl denominó *Neurosis Noógenas*. En el veterano esta afección es esperable porque su mundo está inmerso en algo que ya ocurrió y que de alguna manera quiere que vuelva para reparar las culpas que guarda o “tomarse revancha”.

El Sentido de la vida el veterano lo puede alcanzar a través de la autotrascendencia, es decir, orientar su voluntad hacia el trabajo, es decir, que creativamente se encuentre en la realización de alguna actividad productiva. También lograr que amplíe su mundo de relaciones con otros que compartan sus vivencias y por sobre todo, elaborar el duelo de situaciones no resueltas que le perturban su existencia para que luego oriente su vida hacia un proyecto que a él le otorgue un sentido.

PSICOEDUCACIÓN

Luego de establecido el diagnóstico, es conveniente comenzar por la psicoeducación. Esta se basa en explicarle al veterano y a sus familiares acerca de las características del trastorno que padece, lo cual incluye sus causas posibles, recursos terapéuticos y pronóstico. Es muy necesario para abordar esta afección, ya que la padece toda la familia en su conjunto.

La psicoeducación es una intervención terapéutica en sí misma, ya que está destinada a calmar, en primera instancia, la ansiedad que genera la incertidumbre sobre lo que se está padeciendo, al darle a conocer al paciente que su afección es identificable y que al ser tratada favorece el proceso de curación.

Es necesario estrechar los vínculos familiares dado que durante mucho tiempo se han deteriorado, los hijos del combatiente están muy sensibles de cuidar ciertos rituales que, por la afección no respetarlos es más que seguro que pueden perturbar mucho a su padre (El volumen de la radio, voces altas espontáneas, etc.).

Otro tanto sucede con la esposa que tiene que contener, no solo las expresiones de frustración sino que lo acompaña en sus momentos de auto-reclusión y por las noches acostumbra a los movimientos, el balbuceo de palabras, a veces gritos o agresiones y luego ver que se levanta, que anda por la casa, que no sabe como ayudarlo mejor, etc..

Durante la investigación, he formado varios grupos en distintas localidades de Capital y en el interior del país, donde ya hay coordinadores que continúen periódicamente este abordaje. La enseñanza de procedimientos es necesario que se hagan en forma "familiar individual", en lo que respecta a cada grupo familiar, por más que se comparta la experiencia dentro de un mismo recinto.

La Terapia Multimodal de Arnold Lazarus

El planteo teórico de esta terapia es el de ser un sistema de clasificación en forma de tabla de doble entrada, sobre siete aspectos muy relevantes de la personalidad.

La *Terapia Multimodal*, de Arnold Lazarus (1973), sirve de ordenador al profesional porque el mismo puede tener un rápido diagnóstico de la situación actual del paciente, e ir programando sistemáticamente una estrategia global de abordaje terapéutico. A los efectos de elaborar un diagnóstico se hace un Perfil Multimodal de Primer Orden que es más general y abarca los siete aspectos de la personalidad.

Dadas las características del paciente con estrés Postraumático, se desarrolla un Perfil Multimodal de Segundo Orden, por ser éste más específico.

Biológico

Alcohol, falta de ejercicio físico, comidas escasas en calorías, consumo de café, cigarrillos, dificultad de conciliar el sueño, pesadillas de carácter

recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Enfermedades medicamentos ingeridos, automediación (psicofármacos) adicciones, accidentes sufridos

Técnicas:

Chequeo médico, psicofármacos, ejercicio físico, dieta balanceada, tratamiento para dejar de fumar, de abstinencia, de control con el alcohol, o grupo de apoyo. Técnicas de relajación.

Afectivo: Dificultad en expresar adecuadamente sus emociones auténticas, sobre todo miedo, tristeza y rabia. Frecuente expresión de la irritabilidad o ataques de ira. Restricción de la vida afectiva. Alexitimia. Perdida de interés, Restricción Afectiva.

Técnicas: Expresión de Emociones Auténticas. Elaboración de Duelos. Pedir lo Que se necesita. Caricias.

Sensaciones: sensación de estar viviendo el acontecimiento traumático otra vez, con marcada actualidad. Embotamiento. Transpiración en frío, taquicardias. Sensación de ahogo. Ansiedad.

Técnicas: Relajación. Técnicas de Respiración costal diafragmática

Imágenes: imágenes traumáticas reiterativas nocturnas y diurnas.

Técnicas: Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMD). Imaginería. Desensibilización Sistemática. PNL Submodalidades.

Cognitivo: Recuerdos y pensamientos del acontecimiento recurrente e intrusos que provocan malestar (flashbacks), embotamiento (ausentes antes del trauma); evitación de pensamientos traumáticos. Incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma. Pensamientos de futuro desolador. Dificultad de concentración.

Técnicas: ABC de Ellis. Metáforas. Corrección de Ideas erróneas. Diálogo Interno Positivo. Terapia Cognitivo Conductual.

Conductas: Evitación. Respuestas exageradas ante estímulos internos o externos. Hipervigilancia y control.

Técnicas: Conductas adaptativas asertivas (A.T.). Metáforas. Extinción de Conductas. Desensibilización

Social: Evitación de conversaciones, de actividades sociales, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. Sentirse separado de los otros. Conductas de aislamiento social.

Técnicas: Terapia Familiar, Grupos de Apoyo o pertenencia. Comunicación Interpersonal Efectiva (A.T.). PNL.

Síntoma Blanco

Cada técnica terapéutica tiene como objetivo un “síntoma blanco” o grupo de síntomas, representado por los criterios del DSM-IV. Como hemos dicho, las intervenciones que probaron ser las más eficaces pertenecen a la TCC, y concretamente son: la Exposición en Imaginación (EI), la Exposición en Vivo (EV), el Entrenamiento en Inoculación del Estrés (EIE) y la Reestructuración Cognitiva (RC).

El siguiente cuadro presenta las técnicas y los síntomas blancos principales a los que están dirigidas cada una de ellas.

<u>TÉCNICA</u>	<u>OBJETIVO</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Exposición en Imaginación • Verbalización de sentimientos y apoyo emocional • Cambio de Submodalidades • Disociación Visual – Cenestésica 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Reexperimentación</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Dramatización • Entrenamiento en Asertividad • Modelado Encubierto 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Evitación</u>
Entrenamiento en: <ul style="list-style-type: none"> • Relajación • Respiración <u>Cognitivas:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración Cognitiva • Autoinstrucciones • Detención del pensamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Hiperactivación</u>

Terapia Cognitiva Conductual (TCC)

La TCC es producto de la fusión de dos escuelas terapéuticas:

Es decir, *terapias cognitivas y cognitivo- conductual o conductual*. Estas parten de modelos epistemológicamente diferentes. Las primeras terapias cognitivas (Ellis, Beck), surgieron del psicoanálisis; mientras que la terapia cognitivo conductual parte de la terapia de la conducta. Hoy en día, salvando algunos matices, no existen prácticamente diferencias.

Para el tratamiento de reinserción psicosocial, a los veteranos se les puede informar que el objetivo principal es ayudarlos a enfrentar emocionalmente aspectos dolorosos de la experiencia traumática vivida a través de un proceso de “re-exposición” en la imaginación, e identificar, extinguir y reemplazar percepciones distorsionadas de ellos mismos, el mundo y sus experiencias.

Un tratamiento de estas características puede ser abordado por un profesional especializado por un período corto. De hecho, en circunstancias de viajar al interior y el tener varios veteranos de Guerra en los distintos centros se hacía casi imprescindible este abordaje.

Por lo general, en intervenciones tales como la TCC y los tratamientos basados en la exposición, se le pide al paciente que describa detalladamente lo que le ocurrió y que relate la historia de manera repetitiva.

Este procedimiento permite volver a experimentar los efectos dolorosos para ayudar a procesar los eventos traumáticos y disminuir el control ejercido. Asimismo, se incentiva la exposición a situaciones evitadas (por ejemplo, a un sobreviviente del Crucero experimentó aprensión al agua, se lo lleva gradualmente a volver a nadar).

Los índices de recaída son bajos en los meses posteriores a la finalización de la TCC; no obstante, se espera una participación activa y trabajo en el hogar por parte de los pacientes y no todos están dispuestos a hacerlo. Algunos estudios han demostrado la eficacia de las TCC en el tratamiento del PTSD.

Analisis Transaccional

El Análisis Transaccional (AT) es una escuela psicológica creada por el Dr. Eric Berne (1957), médico psiquiatra. Su nombre, “Análisis”, se debe a que separa el comportamiento en unidades más simples, y “Transaccional” por centrarse en las interacciones humanas. Se apoya en los fundamentos filosóficos humanístico – existencial, haciendo hincapié en la autodeterminación y en la responsabilidad personal.

Sirve en varios aspectos a saber; como un modo de enseñanza individual o familiar, ya que hay mucho desconocimiento en materia de psicología y de la forma como se puede interactuar asertivamente: poner límites creativos ante determinados desbordes, dar contención y manifestar el afecto entre el grupo familiar, etc.

Durante la reexperimentación del suceso traumático, se producen ciertos estados regresivos al Estado del Yo del Niño Adaptado, y el que lo padece puede experimentar conductas tendientes a buscar el Estado del Yo Padre

para ser contenido. Cuando se busca el Padre Crítico es porque se desbordó y necesita un freno, algo parecido a una autoridad (jerárquica o Militar); o un Padre Nutritivo que lo pueda contener desde el afecto y la comprensión.

Es de hacer notar que hay mucha dependencia afectiva del entorno, en las reuniones de Veteranos por lo general, si bien hay espíritu de camaradería, le cuesta expresar sus emociones dado que hay mucho "Se Fuerte".

La figura del Líder (terapeuta), es necesario que tenga mucha flexibilidad de criterio, dado que es usual que existan –durante las sesiones-, muchas emociones y hay que mantener una actitud contemplativa aún cuando él nos agrade verbalmente, tener la cuota de humor (Niño Libre) para que retome control de su Estado del Yo Adulto. Un Padre Nutritivo para acompañar en principio la exposición de su agresión contenida con algún medio físico, abrazarlo y darle aliento.

El Padre Crítico es necesario para dar pautas claras y sobre todo en el discurso, es común que le cueste expresar su mundo interior, entonces es necesario darle un modelo de poner en palabras, sus emociones y las pueda expresar sus pensamientos y que identifique sus emociones y pueda expresarlas naturalmente.

Esta escuela psicoterapéutica se sirve de diez elementos o *instrumentos* tanto para el diagnóstico del estado actual del paciente como para un tratamiento eficaz para pacientes con TEPT:

- 1) El esquema de la personalidad: Con sus tres Estados del Yo: Padre, Adulto y Niño. Un Estado del Yo es un sistema de pensamientos, imágenes, emociones y conductas afines. Se le enseña los distintos aspectos de personalidad para identificar, desde dónde está actuando.
- 2) El análisis de la Transacciones o intercambios sociales: Se analizan los estímulos y respuestas entre los estados del Yo de dos o más personas. Es muy útil para enseñar a relacionarse adecuadamente con los demás.
- 3) Los refuerzos sociales o Caricias: Estímulos sociales dirigidos de un ser vivo a otro que reconocen la existencia de éste. La necesidad de caricias en los seres humanos es tan importante como la comida o el aire que respiramos. El AT estudia las leyes de intercambio de las mismas y como influyen en la determinación de la conducta. En el veterano de Guerra, es muy importante debido a que le cuesta expresar sus afectos de dar y recibir.
- 4) Las posiciones existenciales: Concepto general de sí mismo y de los demás, así como la relación entre ambos. En otras palabras, es la forma en que nos percibimos a nosotros mismos y con relación a los demás. El veterano está en una posición muy desvalorizada respecto del mundo y es muy frecuente que tenga presente un futuro desolador.

- 5) Emociones auténticas y rebusques: La emoción es el significado subjetivo y sentido que se le otorga a una experiencia. El AT las divide en “emociones auténticas” y “emociones substitutivas o rebusques”. En el excombatiente es frecuente que exprese rabia en lugar de tristeza o miedo.
- 6) Juegos Psicológicos: Que son series de transacciones ulteriores, superficialmente racionales y que progresan hacia un resultado previsible y bien definido. Es frecuente que actúe los roles de Perseguidor, Salvador y sobre todo de Víctima.
- 7) Estructuración del tiempo: Explica seis formas de utilizar el tiempo: Aislamiento, Rituales, Pasatiempos, Actividades, Juegos Psicológicos e Intimidad. En este caso, hay una sensación de permanente “actualidad” de la guerra, hay muy poco espacio para la intimidad. Por lo general se lo encuentra en Aislamiento y Rituales.
- 8) Argumento y Metas de Vida: El Argumento o guión de vida es un plan o programa concebido en la infancia, sobre la base de influencias parentales y luego olvidado o reprimido, pero que continúa con sus efectos rigiendo los aspectos más importantes de la vida del individuo. Como contrapartida, figuran las metas de vida, que son objetivos establecidos por la persona en forma consciente para modificar su Argumento de Vida. Aquí aparecen los mandatos de muerte, de suicidio, que toman hasta un “estatus” diferencial.
- 9) Miniargumento: Es la secuencia de conductas observables, segundo a segundo que partiendo de un mensaje interno denominado impulsor avanza a través de las diferentes Posiciones Existenciales con sus rebusques y mandatos correspondientes a cada una de ellas. Los impulsores de Sé Fuerte y Trata o Esfuérate más, son los que más predominan la muestra de referencia.
- 10) Dinámica de grupos: Comprende los seis elementos básicos a considerar en el estudio de todo grupo: el aparato externo, el aparato interno, el liderazgo, la cultura del grupo, las condiciones para el funcionamiento grupal y por último el trabajo del grupo es una herramienta muy importante para el desarrollo de actividades sociales. La terapia grupal es muy recomendada para este tipo de pacientes.

Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR)

Esta técnica se presenta como otra forma de exposición. La misma presenta dos componentes: exposición en imaginación y movimientos oculares sacádicos (rápidos y rítmicos). Según su autora, Francine Shapiro (1989), los

movimientos oculares facilitan el procesamiento cognitivo del trauma por parte del paciente.

En este procedimiento se le pide al sujeto que rememore el hecho traumático concentrándose en las sensaciones y pensamientos vinculados a éste. Al mismo tiempo, el paciente debe seguir con la vista, manteniendo su cabeza inmóvil, los movimientos del dedo índice del terapeuta ubicado a treinta centímetros de su cara. Estos movimientos deben ser de izquierda a derecha, abarcando todo el campo visual del sujeto y con un ritmo de dos movimientos (ida y vuelta) por segundo. Este proceso se repite en series de diez a veinticinco movimientos hasta que la ansiedad disminuya, luego se le pide al paciente que deje la mente en blanco y tome aire profundamente. El tratamiento consta de tres a cinco sesiones de noventa minutos de duración.

Los últimos estudios destinados a confirmar la eficacia de la EMDR arrojaron resultados alentadores. La EMDR logra al menos reducir, en poco tiempo, los síntomas de hiperactivación y el malestar psicológico general en el TEPT (Levin, P. et al., 1999; Shapiro, F., 1999; Rogers S. et al., 1999, entre otros) . Lo que no pudo comprobarse hasta el momento es que los movimientos oculares implicados en esta técnica contribuyan a estos cambios (Cahill S. P., 1999 entre otros). Se considera a esta técnica en etapa de investigación y su eficacia aún debe demostrarse de forma más fehaciente.

Se considera a este método terapéutico como un recurso a tener en cuenta en los casos en que el paciente presente dificultades, para el entrenamiento en relajación y respiración, como para realizar las exposiciones (imaginaria o en vivo) antes descriptas.

Biofeedback

El término inglés *biofeedback* se puede traducir como retroalimentación de indicadores biológicos, tales como el ritmo cardíaco, la temperatura cutánea, la sudoración, el tono muscular y las ondas electrocorticales entre otros. Mediante ciertos dispositivos electrónicos, como el electromiógrafo, el sujeto recibe señales acústicas o luminosas que le indican el grado de actividad de la función vital. El propósito es efectuar el cambio deseado en estas funciones fisiológicas.

La respuesta mejor estudiada hasta el momento es el tono muscular relacionado con la ansiedad, controlado mediante electromiografía de contacto. Se puede considerar al biofeedback con electromiograma (EMG) como una herramienta muy valiosa para enseñar las técnicas de relajación: Es especialmente útil tanto para evaluar que por lo menos el músculo se relajó en cierta forma (por medio de la cantidad de actividad del EMG normalmente involucrada) como para enseñarle al paciente lo que significa “no hacer esfuerzo” o “voluntad pasiva”, un concepto que generalmente es muy difícil de dar verbalmente.

El Biofeedback también puede servir como una herramienta que le da al paciente una sensación de mayor control sobre las reacciones psicológicas

indeseadas. Es muy importante considerar esto en los tratamientos relacionados con el estrés y la ansiedad, ya que en tales perturbaciones la sensación de no poder controlar las propias emociones generalmente aparece como una característica principal de la patología. Además, la tecnología del feedback ayuda a crear nuevas estrategias de enseñanza; esto también es un tema importante, especialmente cuando se trabaja con pacientes difíciles. Se debe hacer énfasis que en la práctica clínica diaria no existe ninguna técnica que funcione en todos los pacientes. Como consecuencia, es necesario tener estrategias de apoyo disponibles. La tecnología del Biofeedback amplía las alternativas con respecto a las estrategias terapéuticas.

Programación Neurolingüística (PNL)

La PNL es una escuela de psicoterapia que incorpora un abanico de técnicas provenientes de distintos autores como son: Erickson, Perls y Satir. Sus creadores fueron Richard Bandler, lingüista, y John Grinder, matemático, psicólogo gestáltico y experto en informática.

El nombre *Programación* alude a los programas internos, similares a los de computación, que nos sirven para organizar pensamientos, imágenes y conductas a fin de producir resultados. Por su parte, el prefijo *Neuro* se refiere a los procesos neurofisiológicos implicados en todo comportamiento y por último, el sufijo *Lingüística*, que es atribuido a las teorías de la lingüística de Noam Chomsky.

Al describir la técnica del acompañamiento se define la *representación mental* como un constructor posible de la realidad externa, que puede procesarse a través de distintos canales o modalidades de percepción externa, estos son:

- Visual (cualquier imagen visual)
- Auditivo (sonidos, palabras, etc)
- Cenésteico (emociones y sensaciones físicas)
- Digital (conceptos, creencias)
- Kinestésico (movimiento)
- Gustativo (sabores)
- Olfativo (olores, aromas)

Según Bandler y Grinder, entendemos la realidad externa – estímulos sensoriales externos - al “pasarla” a través de filtros perceptivos (*input*) que son los canales de percepción externa – visual, auditivo, etc.-, para el procesamiento de esa información (*throughput*) mediante los canales de representación interna – visual (i), auditivo (i), etc.-, y esta representación se manifiesta, finalmente, a través de la conducta (*output*, que incluye al lenguaje, verbal y no verbal, emitido).

Cambio de Submodalidades

Como dijimos, las modalidades son los canales de percepción externa y de representación interna. Las *submodalidades* constituyen los *detalles* o *cualidades* particulares de las representaciones internas, como ejemplos en el

canal visual figuran el brillo, la claridad, el color y las dimensiones de la imagen entre otras. A su vez, el canal auditivo presenta submodalidades como: la melodía, el ritmo, el volumen y el timbre entre otras; mientras que para el canal cenestésico aparecen la intensidad, la temperatura, la textura y la presión, por mencionar algunas.

Esta técnica se fundamenta en la hipótesis de que toda experiencia interna varíe en cuanto a su impacto emocional de acuerdo a las submodalidades (cualidades) de las representaciones. Por esta razón se busca cambiar detalles que hacen a los recuerdos (visuales, auditivos, cenestésicos, etc.) del suceso traumático.

Disociación Visual – Cenestésica

Este procedimiento consiste en que el excombatiente observe y/o escuche la representación (escena) desde afuera. En este caso se le puede pedir al paciente que se imagine que está frente a un televisor y que en la pantalla puede ver la escena traumática desarrollarse. Se le puede decir que tiene en su poder un control remoto especial con el cual le puede realizar el cambio que desee a esa película o imagen. Luego se procede como en la técnica anterior.

El propósito de esta técnica es que el veterano pueda disociarse emocionalmente de los recuerdos perturbadores cuando la ansiedad o la angustia generadas por aquellos son muy intensas. Por lo general se pierde el componente cenestésico, de aquí su nombre. Una opción de esta técnica es la *doble disociación*, donde el paciente se ve a sí mismo sentado en el living de su casa, viéndose a sí mismo en la televisión o una sala de cine.

EXPERIENCIA TERAPÉUTICA con VETERANOS de GUERRA

Es frecuente observar, lo poco que se hablan entre ellos (en las distintas Agrupaciones de Veteranos). de ese tiempo vivido, de ese miedo a las noches insomnes. No obstante, está flotando en el ambiente, cuando se organizan los grupos de trabajo terapéuticos, y se expone lo sucedido, las emociones surgen pero solo acompañadas de un extenso relato.

Al principio les cuesta aceptar el abrazo contenedor, el beso, las lágrimas; tienen mucho miedo de expresar su agresión en un almohadón, pero del grito justo, que muchas veces es una herramienta muy necesaria implementar como estímulo imperativo para que “cumpla la orden” de pegarle, emerge la violencia interior retenida y se manifiesta como un huracán que a la acción de golpear sus puños, tímidamente al principio pero luego con gran carga emotiva, estallan sobre la superficie del paño. Surgen lágrimas, frases agresivas, pero que en el fondo son una necesidad de comprensión; por último, la transpiración, el llanto, el abrazo contenedor.

Luego el momento de retomar a su quietud, queda mucho tiempo inmerso en sus pensamientos. Es ahí donde el mensaje y la reflexión existencial hace el resto, esto es muy importante porque de lo contrario no se puede simbolizar lo

sucedido en la sesión, es necesario de tener siempre “un Para Qué” para darle sentido o motivación por lo que se hace. El paciente con TEPT, es sus principios muy inestable, es frecuente que tome todo con mucho entusiasmo pero luego inesperadamente pasa un tiempo alejado de la terapia, para luego retornar como si nada.

A medida que siente mejoría, sobre todo en las primeras sesiones es notable el entusiasmo con que lo cuenta. Por lo general siempre hay un miembro del grupo familiar que se quiere acercar para dar más información respecto del paciente.

Si bien hay que tener conocimientos científicos y tiene en todo momento “*la mente en el objetivo terapéutico*”, no podremos conocer profundamente al otro si no tenemos apertura en nuestros sentimientos más íntimos.

Este tipo de afección requiere al profesional una exigencia importante, en este tipo de abordaje lo que importa inicialmente, es compartir el mundo del veterano, hacerse cargo de las emociones que se sienten, no existen respuestas ó caminos prefabricados; sí, quizás, hay aspectos a tener en cuenta para que un tratamiento sea eficaz.

Es importante elaborar las culpas que se sienten, esas deudas emocionales, forman en nosotros situaciones de desequilibrio porque los afectos o pensamientos se encuentran tabicados en lugar de ser expresados.

Cuanto mayor son esos pesares, mayor es la energía que está comprometida y por lo tanto el hombre tiene menos libertad para expresar su ser.

También es preciso elaborar los duelos, porque ellos son un ancla en nuestra vida; la persona en ese caso es como una nave que bordea alrededor de ese punto fijo que está en las profundidades del océano a merced de las corrientes que subyacen su casco.

Sentir el dolor de la herida es una señal muy positiva porque es señal de poder establecer lazos de afectos, de comprometerlo emocionalmente en el mundo circundante y hallarle un nuevo sentido a su vida; para que leve el ancla y ponga proa a la inmensidad del mar abierto, donde un sinfín de puertos lo aguardan.

La comunicación con el mundo exterior es otro de los pilares que se necesitan abordar, dado que el veterano habla poco generalmente, y expresa mucha agresión en su entorno. El método depende de cada individuo y la severidad del que posea; es necesario ayudarlo a liberar el enojo reprimido, dar información y en lo posible dar adiestramiento al grupo familiar que lo contiene.

En la soledad, la memoria del veterano selecciona en gran parte los recuerdos negativos, se vuelve más cerrado, menos comunicativo y su presencia, por momentos, incomoda a los demás. Hay un claro distinguo entre tristeza y depresión; si bien se pueden presentar con la misma apariencia, la tristeza es

un sentimiento de vacío que tiene como causa un objeto determinado, se disipa, pasa con los cambios de situaciones.

La depresión no, la tristeza permanece en él, con gran reservorio de enojo, rara vez se dice estoy mal o deprimido. El veterano con TEPT suele sufrir trastornos del sueño, es muy común que le cueste conciliar el sueño, y cuando lo hace se despiertan muy temprano y por lo general no vuelven a dormir. Además, que duerman no significa que descansen; están hiperalertas de los ruidos, es importante abordar este punto porque ellos han sufrido gran parte de su trauma durante la noche.

Es necesario reflexionar con la persona acerca de las situaciones traumáticas de la guerra, hacer como “mojones” que sirvan de pilares para resignificar su vida. Si sobrevivió es porque tiene una “nueva misión de Combate cuidar a su familia y hacer un hogar digno”, le señalé a un veterano vestido de verde oliva. Cuando se habla de los que quedaron en las Islas, siempre pregunto en que se diferencia de ellos. Luego de varios ensayos por parte del veterano le vuelvo a preguntar: ¿Quién tiene proyectos de vida?... y ¿Cuáles son los planes que tiene previsto cumplir hasta reencontrarse con sus camaradas?

Busco en esas preguntas que brote la decisión de vivir, de lograr cosas para sí mismo, que emerjan de su interior y que en su libertad de elección pueda afirmar su existencia

Bibliografía:

1. **Bobes García, J. y cols.** “Trastorno de estrés postraumático”, Masson, Barcelona, (2000)
2. **Cahill P. Shawn, carrigan H: Maureen, Freueh B. Christopher**, “Does EMDR Work? And if so , Why?: A Critical Review of Controlled Outcome and Dismantling Research”, *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pág. **5-33**, (1999).
3. **Caro Isabel**, “Manual de Psicoterapias Cognitivas”, España, Editorial Paidós. (1997).
4. **Carpio Adolfo P.**, “Principios de Filosofía”, Editorial Glauco, Buenos Aires, (1993).
5. **Cía, A. H.** “Trastorno por estrés postraumático: Diagnóstico y tratamiento integrado”, Primera Edición, Editorial Imaginador, Buenos Aires, pg. **343**, (2001).
6. **Congrat '92**, “VIIº Congreso Argentino de Análisis Transaccional y Nuevas Ciencias de la Conducta”, Editorial Ippem, Buenos Aires. (1992).
7. **Cusack Karen, Richard Spates**, “The Cognitive Dismantling of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)”, *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pág. **87-99**. (1999).
8. **De Jongh A., Ten Broeke, Renssen. M. R.**, “Treatment of Specific Phobias with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Protocol: Empirical Status, and Conceptual Issues”, *Journal of Anxiety*, Vol. 15, N° 1-2, pág. **69-83**. (1999).

9. **DSM-IV**, “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”, Edición Masson, S.A, Barcelona - España, (1995).
10. **Dr Kertész. Roberto, Kerman Bernardo**, “El Manejo del Stress”, Editorial Ippem, (1985).
11. **Dr. Rosetti López Daniel**, “Epidemia del Siglo XX: Estrés, Cómo Entenderlo Entenderse y Vencerlo”, Editorial Distribuidora Lumen SRL, Buenos Aires – México, (2000).
12. (**Engdahl Brian, Dikel N. Thomas, Eberly Raina, Blank Arthur**, “Posttraumatic Stress Disorder in a Community Group of Former Prisoners of War: A normative Response to Severe Trauma”, *Am J. Psychiatry*; 154:pág. **1576-1581**. 1997).
13. **Ferrater Mora José**, “ Diccionario de Filosofía”, Editorial Ariel, Barcelona, (1994).
14. **Freud, Sigmund**, “Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud”, *Obras Completas*, Tomo 1, Tomo 2 y Tomo 3, Amorrortu Editores, (1886 – 1899).
15. **Freud Sigmund**, ”Reseña de August Forel, Der Hypnotismus”, *Obras completas*, Vol. 1, Amorrortu Editores, (1889).
16. **Freud, Sigmund**, “Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos”, *En Obras Completas*, Tomo 3, Primeras publicaciones psicoanalíticas, Amorrortu Editores, (1893 – 1899).
17. **Foa Edna, Constance V. Dacu, Elizabeth A. Hembree, Lisa H. Jaycox**, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 67 N°2, pág. **194 a 200**, Abril (1999).
18. **Goleman, D.** “La Inteligencia Emocional”, Javier Vergara Editor, Buenos Aires, (1996).
19. **Greenberger, D.; Padesky, C. A.**, “El control de tu estado de ánimo: Manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios”, Guilford Press, Barcelona, pag. **50-51**, (1998).
20. **Hadar Lubin, David Read Jonson**, “Interactive Psychoeducational Group Therapy in the Treatment of Authority Problems in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder”, *International Journal of Group Psychotherapy* , 50(3), pág. **277-295**, (2000).
21. **Kapland I. Harold, Sadock J. Benjamin, Grebb A. Jack**, “Sinopsis de Psiquiatría”, Séptima Edición, pág. **623** Editorial Medica Panamericana S.A, Buenos Aires – Argentina, (1996).
22. **Kerman, B. y cols.**, “Nuevas Ciencias de la Conducta: Aplicaciones para el tercer milenio”, Editorial Uflo, Buenos Aires, pág. **27, 41, 47, 52**. (1998).
23. **Kertész, R. y cols.**, “Análisis Transaccional Integrado”, 2º Edición, Editorial Ippem, Buenos Aires, (1997).
24. **La Nación**, “Artículo sobre la terapia psicológica cognitiva”, extraído del diario The Wall Street Journal Americas, sección 2, pág. **5**, 24 de mayo del 2002.
25. **Lazarus, A**, “Terapia Multimodal”, Editorial Ippem, Buenos Aires. pág. **13-15**, (1983).
26. **Levin Patti, Lazrove Steven, Bessel van der Kolk**, GAT Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us about the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing, *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pág. **159-172**, (1999).

27. **Martinez Bouquet, C.** "Fundamentos para una teoría del psicodrama", Editorial Siglo XXI, México, (1977).
28. **Mitchell, J. T.; Everly, G. S.**, "Critical Incident Stress Debriefing", *Chevron Publishing Corporation*, Ellicott City, Maryland, pág. **8**, (1995).
29. **Morente Manuel, Bobes García Julio**, "Lecciones Preliminares de Filosofía", Editorial losada, Buenos Aires, (1978).
30. **Richards David**, "The Eye Movement Desensitization and Reprocessing Debate: Commentary on Rosen Et Al. and Poole Et Al", *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, pág. **13-17**, (1999).
31. **Ridruejo Alonso, P y cols**, "Psicología Médica", *Mc Graw Hill – Interamericana*, Madrid, (1996).
32. **Rogers Susan, Steven M. Silver, James Goss, Jeanne Obenchain, Amy Wills and Robert L. Whitney**, "A single Session, Group Study of Exposure and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Treating Posttraumatic Stress Disorder Among Vietnam War Veterans: Preliminary Data", *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pág. **119-130**. (1999).
33. **Shapiro Francine**, "Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the Anxiety Disorders: Clinical and Research Implications of an Integrated Psychotherapy Treatment", *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pág. **35-67**, (1999).
34. **Sloan Patrik, Linda Arsenault and Mark Hilsenroth**, "A Longitudinal of the Mississippi Scale for combat-Related PTSD in Detecting War-Related Stress Symptomatology", *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 54 N° 8, pág. **1085-109**. (1998)
35. **Vallejo Ruiloba, J.**, "Introducción a la psicopatología y la psiquiatría", Salvat, México, (1996).

MODULO 5

- 8. Establecimiento de la Hipótesis, Definición Conceptual y Operacional de las Variables**
- 9. Tipo de Investigación**
- 10. Diseño de la Investigación**

11. *La Población y la Muestra*
12. *Instrumentos de Evaluación*
13. *Recolección de Datos*
14. *Análisis de Datos:*
 - a) *Exponer todos los casos de la Muestra*
 - b) *La Codificación de los Datos*
15. *Relación Final y Conclusiones de la Investigación*

**8. *Establecimiento de la Hipótesis*
Definición Conceptual y Operacional de
*las Variables***

Definición Conceptual y Operacional de las Variables

Objetivos

Generales:

Describir la composición sintomática en una muestra de veteranos de la guerra de las Malvinas que padecen Trastorno por Estrés Postraumático.

Específicos:

Establecer si existe asociación significativa entre algunos síntomas específicos del trastorno por Estrés Postraumático y el grado de control percibido por los sujetos durante la situación traumática.

Establecer si la intensidad del trauma está asociada a la intensidad de los síntomas del trastorno.

Hipótesis

Hipótesis General

- a) La presencia de los distintos síntomas constitutivos del trastorno por estrés postraumático está asociada significativamente con los distintos grados de control percibido por el sujeto durante la situación traumática.
- b) Los sujetos que padecen TEPT se diferencian significativamente en cuanto a la intensidad de sus síntomas en función de haber o no recibido heridas durante la situación traumática – los que recibieron heridas padecen sintomatología de mayor intensidad, (según DSM IV; evaluadas a través del CAPS)-.

Hipótesis específicas de a):

1. La presencia de algunos de los síntomas reexperimentados (evaluados a través del CAPS) está asociada con el bajo o nulo grado de control percibido por el sujeto durante la situación traumática.
2. La presencia de algunos de los síntomas de evitación y paralización (Evaluados a través del CAPS) está asociada con los distintos grados de control percibido por el sujeto durante la situación traumática.
3. La presencia de alguno de los síntomas de hipervigilancia (Evaluados a través del CAPS) está asociada con los distintos grados de control percibido por el sujeto durante la situación traumática.

Variables

1.a. Variables Independientes

El grado de control, que el sujeto percibió frente a los estímulos (estresores) traumáticos.

El haber o no, recibido heridas durante la situación traumática.

1.b. Variables Dependientes

Intensidad de los síntomas de reexperimentación de los sucesos traumáticos

Tipos de Síntomas

1.c Variables Intervenientes

1-factor Biológico
2-Factor Psicológico
3-Factor Social

Características Generales de la Investigación

El objetivo de la investigación es describir los síntomas detectados en una muestra de veteranos de guerra argentinos que combatieron en las Islas Malvinas y que padecen de Estrés Postraumático.

Dentro de esa muestra, establecer, si existe o no, asociación entre el grado de control percibidos por los excombatientes en momentos de experimentar la situación traumática respecto de algunos síntomas de reexperimentación específicos del trastorno.

Asimismo, establecer si la intensidad del trauma está relacionada a la intensidad de los síntomas de reexperimentación trastorno por Estrés Postraumático.

En el veterano de guerra del conflicto armado en las Islas Malvinas que padece del Trastorno de Estrés Postraumático la observación de sus síntomas componentes de reexperimentación están interrelacionados con los distintos grados de control que el sujeto evaluó frente a los estímulos (estresores) traumáticos.

En los excombatientes que han estado en la guerra de las Islas Malvinas se ha analizado que la presencia de los distintos síntomas de la reexperimentación de los acontecimientos por él vivenciados está relacionada con el grado de pasividad percibido o bajo nivel de control que el sujeto apreció sobre los estímulos.

Si bien es importante el nivel de exposición con peligro de muerte objetivamente vivido, los síntomas vivenciados y experimentados están relacionados con los distintos grados de control de la situación apreciada por el sujeto ante el suceso traumático.

Más específicamente, la presencia de algunos de los síntomas de reexperimentación del suceso traumático, como por ejemplo:

- Sueños Angustiantes.
- Dificultad para Conciliar el Sueño.

Evaluados a través del CAPS, están asociados con los distintos grados de control, percibidos por el veterano de guerra, durante la vivencia de la situación traumática.

Se observa que hay sujetos que si bien padecen TEPT como todos los evaluados (con CAPS), se diferencian a un grado significativo en lo que respecta a la intensidad de sus síntomas. La diferencia radica en función de *haber o no*, recibido heridas durante la situación traumática.

Método y Tipo de Investigación

El método utilizado es el inductivo, el tipo de investigación que se adoptó por las características de la misma, es la Explicativa.

Criterio de las Variables Independientes

El veterano, en momentos que vivenció la guerra, tuvo un cierto grado de control sobre los sucesos, hubo una conducta voluntaria que le permitía poder manejarse aún frente a los estímulos estresantes. Por eso se definió como Variable Independiente, *“El grado de control, que el sujeto percibió frente a los estímulos (estresores) traumáticos”*. dado que el sujeto podía operar sobre el medio.

Dentro de los excombatientes con TEPT, se percibieron dos clases de pacientes con una intensidad cuantitativamente diferenciada en correspondencia de *“poseer o no algún tipo de herida de guerra”*. Los que sí tuvieron, presentan o sufren de una intensidad en su sintomatología mayor (evaluada según CAPS).

Dentro de los síntomas que se evalúan están:

- Los Recuerdos Intrusivos.
- Sueños Angustiantes.
- Desapego / Alejamiento.
- Afecto Restringido.
- Hipervigilancia.
- Sobresalto.

Criterio de las Variables Dependientes

Hay una diferencia entre el relato o recuerdo de lo experimentado y la reexperimentación de los sucesos traumáticos, dado que estos últimos emergen en forma involuntaria en sueños o como respuesta ante determinados estímulos y son padecidos en forma de síntomas empobreciendo la calidad de vida.

Se definió como Variable Dependiente “La intensidad de los síntomas de la reexperimentación de los sucesos traumáticos”, porque si bien la patología es padecida por la persona, es necesario determinar el grado de intensidad con que se reexperimenta el trastorno.

Otra variable que se definió fue “El tipo de Síntoma”, esto se refiere a que si bien hay un trastorno producto de un contexto altamente estresante como lo es una guerra, es necesario determinar si los tipos de síntomas que se reexperimentan presentan diferencias o no entre los que lo padecen.

1.c Variables Intervinientes

También se tuvo en cuenta, para complementar la correlación entre las variables, si pudo existir algún tipo de influencia de otros factores que incidan en algún grado. Los factores que se tuvieron en cuenta fueron:

1. Factor Biológico.
2. Factor Psicológico.
3. Factor Social.

1.c.1. Factor Biológico:

Para ingresar a las Fuerzas Armadas, el personal era previamente evaluado en los aspectos Físicos (Biológicos) y Psicológicos.

Por las características de las Instituciones, las mismas seleccionan al personal según un perfil que se pueda adaptar a su régimen. Las personas que fueron a la contienda, eran Físico y Psicológicamente Aptos.

Básicamente hay dos formas de ingreso al arma:

- Por medio de pertenecer al **cuadro permanente** (personal Superior o Subalterno), en cuyo caso el personal debía pasar los exámenes Médicos y Psicológicos al ingreso a la Institución, durante el período de Instrucción y Adiestramiento, y al egreso de las Escuelas de Formación. Durante la carrera deben someterse en varias oportunidades a exámenes Psicofísicos de selección y a una evaluación permanente del rendimiento profesional.
- Por pertenecer al **Servicio Militar Obligatorio**, el personal era incorporado mediante un examen psicofísico obligatorio y de detectarse

alguna anomalía era considerado DAF (Déficit de Aptitud Física) o DAP (Déficit de Aptitud Psicológica) y no ingresaba a la Institución o en el caso que fuera detectado dentro de la Fuerza, era dado de baja con carácter obligatorio. Durante el período de reclutamiento se completaban algunos exámenes que luego se complementaban durante el período en las unidades operativas asignadas. Su instrucción era permanentemente evaluada.

1.c.2. Factor Psicológico

Aparte de las consideraciones del punto anterior, se tomaron en cuenta:

- Si previo al ingreso a las Fuerzas Armadas, el sujeto había sufrido algún trauma y si el mismo podía interferir con la presente investigación.
- El perfil psicológico, mediante un tests de personalidad.

Respecto al último punto, si bien no se tiene el perfil previo al ingreso a las Islas Malvinas, se puede buscar si hay algún indicador que pueda orientar hacia una nueva investigación respecto de algún rasgo o tipo de personalidad que pueda predisponer a la reexperimentación del suceso traumático.

1.c.3. Factores Sociales:

Las tropas estaban compuestas por un marco social equivalente a la sociedad toda, no se detecta una característica homogénea, por lo que es difícil determinar un factor común que nos indique, si la reexperimentación, puede estar influida por algunos de estos factores involucrados.

Dentro de este contexto, se analizaron aspectos tales como, el lugar de origen, su procedencia: si vivía en el campo, el pueblo o la ciudad. Su ocupación anterior al ingreso, la actual; forma en que ingresó y egresó de las Fuerzas Armadas.

Datos de la Familia Actual, datos de la familia anterior, y si es posible, a los efectos de confirmar determinados datos suministrados por el veterano, determinar si la separación estaría relacionado con la manifestación de los síntomas del trauma de Estrés postraumático.

Criterio de Inclusión

- Haber participado de la guerra como personal militar o civil, ya sea en el TOM (teatro de operaciones Malvinas) como en el TOAS (Teatro de Operaciones del Atlántico Sur) que estuvieron expuestos, de alguna forma a la amenaza objetiva, de ataque por parte del adversario.
- Presentar afección por Estrés Postraumático.

Criterio de Exclusión

- No haber estado en las Islas Malvinas, o “expuesto a las armas del enemigo”.
- Personal movilizado dentro del continente.

- Haber participado en el TOM o TOAS, y no presentar síntomas de la afección de Estrés Postraumático.

Criterio de Eliminación

Para la presente muestra, se consideró criterio de eliminación el mentir los síntomas. Se tuvo un solo caso.

Reparos Éticos

Este trabajo se realizó con el aval de los mismos veteranos que participaron en él, en todos los casos, luego de la evaluación y toma de los datos pertinentes, se los asistió terapéuticamente tanto al afectado como a su núcleo familiar.

Las personas que habiendo confeccionado la primer parte del cuestionario no fueron incluidos en la muestra por no padecer del trastorno, fueron igualmente asistidas junto con su núcleo familiar. Asimismo, se dieron cursos de comunicación interpersonal sobre la base del Análisis Transaccional a excombatientes y familiares en distintas ciudades del interior y Capital Federal y Gran Buenos Aires (Mar del Plata, Mendoza, Misiones)

Se asistió en la Pcia. de Misiones a una persona movilizada (de la Pcia. De Misiones a Corrientes), que padecía del trastorno por Estrés Postraumático en su domicilio particular. El personal movilizado no está contemplado en ningún estudio dado que no estuvo expuesto objetivamente a un estresor traumático. No obstante es necesario tener en cuenta que estamos ante personas, esto es, hay una realidad psíquica que nunca debemos dejarla de lado por más que los datos de la realidad nos enuncien lo contrario.

Asistencia a los Veteranos de Guerra

Actualmente se asiste en forma gratuita a los veteranos que se acercan en forma espontánea al PAMI en la Federación de Veteranos de Guerra del que se es parte (ad Honorem) del Equipo de Salud de la Subgerencia de Veteranos de Guerra que, sustentado en la Ley 25.210/99 (B.O.29/12/99), forma parte del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, piso 11 de Avenida de Mayo 801.

También se asiste a los veteranos en el Instituto Holístico de Asistencia Psicológica (ihap) en la evaluación de los excombatientes otorgándoles una constancia para ser presentada ante las juntas médicas de Las Fuerzas Armadas, donde también se asiste en forma semanal a los voluntarios con sesiones de terapia de grupo.

En la Federación de Veteranos de Guerra, calle Piedras 725, se realizan periódicamente charlas dirigida a los veterano y familiares, familia de muertos en combate. Allí se enfocan diversas problemáticas como adicciones, violencia familiar, enfermedades de transmisión sexual y problemáticas relacionadas con el duelo de la pérdida de un ser querido.

9. Tipo de Investigación

Planteo de la Investigación

El modelo que se plantea de investigación es el de indagar, en primer lugar los factores anteriores a la movilización, las vivencias del estrés por haber estado en la guerra y los síntomas actuales del Estrés Postraumático en los excombatientes.

Al hablar de Estrés postraumático se está haciendo referencia a un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o una experiencia vivida con alto grado de amenaza para la integridad física o catastrófica que causaría, a casi todas las personas, un malestar generalizado (estas pueden ser, catástrofes naturales o producidas por el hombre.)

El enunciado de lo que se propone investigar es el siguiente:

En el veterano de guerra del conflicto armado en las Islas Malvinas que padece del Trastorno de Estrés Postraumático, el contenido de la reexperimentación de los sucesos traumáticos; estarían relacionados con el grado de control, que el sujeto percibió frente a los estímulos (estresores) traumáticos.

De hecho, la dimensión de la relación entre la gravedad del trauma y el PTSD es moderada, pero es altamente consistente en toda la población y en todos los tipos de trauma: Cuanto mayor sea la gravedad del trauma, mayor será la probabilidad de ser afectado por el Estrés postraumático o la gravedad de sus síntomas.

Cuando hablamos de la gravedad del trauma nos referimos a características tales como:

- a. Duración del trauma.
- b. Número de veces que ocurrió y
- c. Cantidad de daño o amenaza recibida.

La importancia de la investigación esta orientada al tratamiento, dado que si bien el factor estresante es de suma importancia, la reexperimentación del

sujeto que la padece estaría vinculada con la potencialidad de una mayor consecuencia en situaciones que vivenció sintiendo que tenía bajo grado de control sobre el estímulo amenazante.

La inestabilidad familiar producto de la difícil convivencia en un marco de referencia donde no está ajeno la violencia, el maltrato, la frustración, entre otras conductas que se viven a diario, dan un modelo multiplicador de comportamiento antisocial entre los integrantes y a su vez genera un efecto indirecto entre sus vínculos allegados.

Es importante considerar tanto la patología médica como la psiquiátrica en individuos con PTSD. Hay mucha evidencia que sugiere que un trauma puede ocasionar una salud física pobre. Los que sobreviven a un trauma tienen más síntomas médicos, utilizan más servicios médicos, tienen más enfermedades y un índice de mortalidad más alto. Algunos estudios sugieren que el PTSD juega un rol muy importante en la relación entre el trauma y la salud física. Esta es una hipótesis muy atractiva, ya que sabemos que hay una correlación entre el PTSD –neurobiológico (incluyendo inmunología), anomalías y factores psicológicos (depresión, hostilidad, comportamientos que atentan contra la salud física y pocas habilidades de adaptación) y el aumento en el riesgo de padecer enfermedades (Friedman & Schnurr, 1995) Los antecedentes de traumas y la evaluación del PTSD deberían ser un componente de rutina en todos los diagnósticos que realizan los profesionales.

Importante es la gravedad del trauma, la “dosis”. La gravedad del trauma se refiere a características tales como duración del trauma, el número de veces que ocurrió y la cantidad de daño o amenaza recibida. Nuestra impresión es que mucha gente cree erróneamente que la relación entre la gravedad del trauma y el PTSD es mucho más fuerte de lo que realmente es. De hecho, la magnitud de la relación es moderada, pero es altamente consistente en toda la población y en todos los tipos de trauma: cuanto mayor sea la gravedad del trauma, mayor será la probabilidad del PTSD o la gravedad de sus síntomas.

La edad y el nivel educativo al momento del trauma son otro factor de riesgo para el PTSD. Tienen mayor riesgo los de menor edad (tanto la infancia como la adultez temprana) y los de menor educación. El mayor riesgo de PTSD también se asocia con la severidad de la reacción inicial, disociación peritraumática (durante o poco después del trauma) antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, apoyo social pobre luego del trauma y

Hay estudios que estiman que la mitad de las personas que han tenido PTSD en algún punto de sus vidas no brindan criterios de diagnóstico en el momento de la evaluación. Esto no significa que la mitad de las personas con PTSD se curen. Los individuos que son asintomáticos en un momento pueden encontrar que sus síntomas se reactivan por un estresor que puede estar relacionado o no con el trauma inicial. Para algunos, el periodo asintomático o de síntomas leves puede ser muy largo. Por ejemplo, los veteranos de la 2da. Guerra Mundial que no habían pensado en sus experiencias durante años se encontraron teniendo pensamientos intrusivos, pesadillas y otros síntomas

luego de que una radio transmitiera varios eventos de la guerra en su 50 aniversario. También pueden reactivar los síntomas el retirarse (jubilación) o una enfermedad seria tanto del sobreviviente como de su pareja. En general, el aumento de los síntomas de PTSD durante la vejez no es un caso extremo de síntomas tardíos sino que son casos de síntomas recurrentes o un reconocimiento tardío.

El modelo de ecuación estructural fue utilizado para examinar las relaciones entre los factores anteriores a la guerra, las dimensiones del estrés por haber estado en la guerra y los síntomas actuales de PTSD usando información de un estudio realizado a 1632 hombres y mujeres del “Estudio Nacional de Reinserción de Veteranos de Vietnam”. Para los hombres, los antecedentes de traumas previos (accidentes, robos, desastre natural, etc.) estaban directamente relacionados al PTSD y también interactuaban con el nivel del estresor por haber estado en la guerra y exacerbaban los síntomas de PTSD a aquellos veteranos que estuvieron muy expuestos a la guerra.

Los hombres que estuvieron en la guerra a una edad más temprana mostraron más síntomas. La inestabilidad familiar, un comportamiento antisocial durante la infancia y la edad tenían un efecto indirecto sobre el PTSD en los hombres. En cambio, en las mujeres, los efectos de las situaciones pre-guerra emanaban de la inestabilidad familiar.

Se le debe prestar más atención al desarrollo de condiciones críticas, especialmente a la inestabilidad familiar y a la exposición a traumas previos al conceptualizar el PTSD en los adultos.

Bibliografía:

1. **Aztick F. Douglas, Charles R. Marmar, Daniel Weiss, Warren S. Browner**, “Posttraumatic Stress Disorder and Functioning and Quality of Life Outcomes in a Nationally Representative Sample of Male Vietnam Veterans”, *Am J. Psychiatry* 154:12, pág. **1690- 1695**, December (1997).
2. **King W. Daniel and Lynda A. King, David W. Foy, Gudanowski M. David**, “Prewar Factors in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Structural Equation Modeling With a National Sample of Female and Male Vietnam Veterans”, *Journal Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, N° 3, pág. **520-531**, (1996).
3. **Panchon Carreras Antonio**, “ Guía Práctica para la Elaboración de un Trabajo Científico”, CITA, Publicaciones y Documentación (CITAPE, S.L.), Primera Edición, (1994).
4. **Sabino Carlos**, “ Cómo hacer una Tesis y y Elaborar toda clase de Trabajos Escritos”, Editorial Panamericana, Primera Edición, Colombia, (1996).
5. **Taborga Huáscar**, “ Cómo Hacer una Tesis”, Editorial Grijalbo, México, (1982).

10. Diseño de Investigación

Investigación No Experimental

(Es la que se realiza sin manipular deliberadamente variables)

El tipo de Investigación adoptado es *No Experimental*, dado que por la naturaleza de la misma no se puede modificar intencionalmente ninguna variable.

La investigación no experimental también es conocida como investigación *ex post-facto* (los hechos y las variables ya ocurrieron) y observa variables y relaciones entre éstas en su entorno.

El análisis se desarrolla sobre la base de la observación de los fenómenos tal y como se manifiestan en su contexto natural para posteriormente someterlo a su evaluación.

Al estudiar el Estrés Postraumático en los veteranos de la guerra del conflicto del Atlántico Sur la situación estaba ya dada, no se podía construir ninguna situación sino observar a los excombatientes en su ambiente natural en la actualidad, por eso se recorrieron diversas Provincias y Ciudades Argentinas, donde se estuvo en las Agrupaciones donde normalmente se reúnen, los Centros de Asistencia de la Fuerzas Armadas, los hogares y lugares habituales de trabajo, de reunión y de esparcimiento.

Se consideró de vital importancia la convivencia, dado que el veterano de guerra se ha sentido – en muchos de los casos- objeto de instrumentación política y están, por lo tanto, en una postura de cierto escepticismo y ponen distancia con aquellas personas que se acercan con un fin altruista.

Como los sujetos de la presente investigación, por su historia y por sus características particulares, ya pertenecían a un grupo determinado de las variables independientes (ya están dadas y por lo tanto no factibles a ser manipuladas como en el caso de una investigación experimental), por lo tanto, no se tiene control directo sobre las variables, al igual que sus efectos

Sobre ese marco de referencia, se observaron y midieron las variables de la muestra.

Es importante destacar que las inferencias sobre la correlación entre las variables se han realizado como se han observado en su contexto natural, evitando la intervención o influencia directa sobre dicha correlación

El diseño de la investigación no experimental es Transeccional Correlacional - Causal.

Diseño Transeccional Correlacional / Causal:

(Este diseño describe relaciones entre dos o más variables en un momento determinado)

Este tipo de diseño se adoptó porque, aparte de describir, también se incluyen las descripciones que se pueden efectuar sobre la muestra elegida.

En los diseños Transeccionales se realizan observaciones en un momento único en el tiempo.

Correlacionales; porque describen relaciones entre las variables.

Causales; porque establecen procesos de causalidad entre variables.

Es importante señalar que las mismas se puntualizan sobre sus relaciones (no de variables individuales), y que éstas sean puramente *correlacionales/ causales*.

En síntesis, en estos diseños lo que se mide es la relación causal entre variables en un tiempo determinado.

Cómo en este diseño se busca establecer la correlación que hay entre variables o las relaciones causales entre ellas, en el presente estudio las variables son la reexperimentación de sucesos traumáticos y su correlación con el grado de control que se tenía sobre estos acontecimientos.

Por el perfil de la investigación (no experimental), resulta más complejo separar los efectos de las múltiples variables que intervienen.

En la formulación de las Variables Intervinientes se buscó identificar distintos factores (Biológicos, Psicológicos y Sociales) que pueden influir a través del tiempo.

Bibliografía:

1. **Panchon Carreras Antonio**, “ Guía Práctica para la Elaboración de un Trabajo Científico”, CITA, Publicaciones y Documentación (CITAPE, S.L.), Primera Edición, (1994).
2. **Sabino Carlos**, “Cómo hacer una Tesis y y Elaborar toda clase de Trabajos Escritos”, Editorial Panamericana, Primera Edición, Colombia, (1996).
3. **Sampieri Hernández Roberto, Colado Fernández Carlos, Lucio Baptista Pilar**, “Metodología de la Investigación”, Segunda Edición, pág. **199, 200, 204,207, 227**, McGrW-Hill Interamericna Editores, México, (1991).
4. **Taborga Huáscar**, “ Cómo Hacer una Tesis”, Editorial Grijalbo, México, (1982).
5. **Hays L. William**, “Statistics”, By Holt, Rinehart and Winston, Inc., United States of America, (1963).

11. Selección de la población y la
Muestra

Población; (conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones).

Los Veteranos de Guerra del Atlántico Sur en el Conflicto Armado entre la República Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña en el año 1982.

Se prefiere utilizar el término “Población” en lugar del término “Universo”, por considerar que éste último es más bien un término descriptivo o reservado para un conjunto infinito de datos.

Unidad de Análisis: (quienes van a ser medidos).

Los Veteranos Argentinos de Guerra del Atlántico Sur en el año 1982 que padecen Estrés Postraumático.

La Muestra: (definida como un subgrupo de la población).

Muestra no probabilística:

Porque la elección de los elementos no depende de la probabilidad, (que todos los elementos de la población tengan la misma posibilidad de ser elegidos), sino de las causas relacionadas de la muestra.

Para una mayor representatividad de la población, en la muestra seleccionada se recorrieron distintas Provincias y Ciudades importantes (en cuanto a cantidad de veteranos) para ampliar el espectro social.

Dentro de la población se hizo una selección de la unidad de análisis mediante una evaluación según una batería con la que se determinaba si la persona se ajustaba a los requisitos de la investigación, de manera tal, que los resultados o efectos no obedezcan a diferencias individuales sino a las condiciones a las que fueron sometidas.

A las personas que no respondían al perfil buscado (Padecer Estrés Postraumático) se las asistió psicológicamente en las necesidades emergentes en todos los casos que así lo requirieron. Fueron alrededor de ciento cincuenta (150) veteranos que se acercaron para tal fin, además de familiares y deudos de soldados caídos en la contienda.

La muestra con sujetos voluntarios:

Se procuró que los sujetos sean voluntarios, no obstante las personas que no querían ser tomadas como unidad de análisis y tenían alguna dificultad o necesidad de apoyo psicológico lo recibieron.

Recolección de datos:

Medir:

(Del Latín, *metiri*.) “Comparar una cantidad con su respectiva unidad, con el fin de averiguar cuántas veces la primera contiene la segunda”.

De acuerdo con la definición clásica del término medir significa: “asignar números a objetos y eventos de acuerdo con reglas” (Stevens, 1951).

Medición:

“Como el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos”.
“Proceso que se realiza mediante un plan explícito y organizado para clasificar (frecuentemente cuantificar) los datos disponibles (los indicadores) en términos del concepto que el investigador tiene en mente” (Carmines y Sélter, p. 10).

En este proceso, el instrumento de medición o recolección de los datos juega un papel central. Se eligió como instrumento para determinar el grado de Estrés Postraumático el TEPT por ser de aplicación internacional y el CAPS también junto con el TQ, se utilizaron dichos instrumentos para poder determinar en principio si padecían de Estrés Postraumático una vez definidos los mismos inmediatamente se procedió a hacer el segundo paso que era el análisis del contenido de la información y hacer la correlación de los acontecimientos vividos y la reexperimentación de los mismos.

Llenaron el Cuestionario de Veteranos de Guerra I junto con la Planilla de Acontecimientos.

Se utilizó escalamiento tipo Likert, este método fue desarrollado por Renis Likert a principios de los 30 y consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide a los sujetos que definan o manifiesten su reacción eligiendo uno de los 5 puntos de la escala.

A cada punto se le ha asignado un valor numérico. Así como el sujeto obtiene una puntuación respecto de una afirmación y al final se obtiene una puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con relación a todas las afirmaciones es decir de aquí se pasa de lo cualitativo a lo cuantitativo.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y se expresa en una relación lógica, se toma en cuenta colocar siempre las afirmaciones y evitar la palabra no en las preguntas.

Recordamos que una actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto de sus símbolos o mejor dicho ante un estímulo simbólico que está relacionado con nuestros valores niveles axiológicos personales.

Las actitudes están relacionadas por el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos que hacen referencia. Las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que se destacan: frecuencia (aparición del síntoma observado) e intensidad (alta o baja), estas propiedades forman parte de la medición.

Lección de las afirmaciones del Cuestionario de Veteranos de Guerra I, respecto a la frecuencia, tiene una dirección de afirmación desde la reaparición del síntoma a la aparición diaria, es decir a cuanto mayor número aparece mayor exposición a la aparición del síntoma.

En cuanto a la intensidad, ésta va de la escala del 0 que es ninguna gravedad a la extrema gravedad en el cual hay una incapacidad apreciable en el síntoma, es decir como aparición de ese síntoma hay una incapacidad considerable en la persona.

En la planilla de Acontecimiento tenemos Capacidad de Control que la persona puede tener, si colocó 0 es cuando puede tener máxima capacidad de control sobre el estímulo y 4 es cuando no tiene esa capacidad ante el estímulo, es casi nula o mínima, como que el estímulo tiene mayor grado de control sobre nosotros; internamente la persona se encuentra con que tiene escasos recursos para modificar el medio.

Población

Las variables independientes ya están dadas y por lo tanto no factibles a ser manipuladas como en el caso de una investigación experimental. No se tiene control directo tanto sobre la variable al igual que sus efectos. Los sujetos de investigación ya pertenecían a un grupo o nivel determinado de la variable independiente por auto selección.

Las inferencias sobre la correlación entre las variables se realizan sin intervención o influencia directa y dicha correlación se observa tal y como se han dado en su contexto natural. El diseño de la investigación no experimental es Transeccional Correlacional o Causal.

Las variables independientes ya están dadas y por lo tanto no factibles a ser manipuladas como en el caso de una investigación experimental. No se tiene control directo tanto sobre la variable al igual que sus efectos. Los sujetos de investigación ya pertenecían a un grupo o nivel determinado de la variable independiente por auto selección.

Bibliografía:

1. **Bassi C. Angel**, "Principios de Metodología General", Editorial Claridad, Vol. 36, Buenos Aires, (1939).
2. **Diccionario Básico Espasa**, Espasa-Calpe, S.A., Tercera edición, Tomo 7-12-14, Madrid, (1984).
3. **Hays L. William**, "Statistics", By Holt, Rinehart and Winston, Inc., United States of America, (1963).
4. **Sampieri Hernández Roberto, Colado Fernández Carlos, Lucio Baptista Pilar**, "Metodología de la Investigación", Segunda Edición, pág. **199, 200, 204,207, 227**, McGrW-Hill Interamericana Editores, México, (1991).

12. *Instrumentos de Evaluación*

Introducción

Para generar la presente investigación se han requerido determinados instrumentos para poder medir cuantitativa y cualitativamente y poder arribar a ciertas pautas que, gracias a estudios posteriores, permiten optimizar los resultados obtenidos.

Si bien se han utilizado varias herramientas a lo largo de la exploración, muchos han sido dejado de lado por interpretar que no se ajustaban a las necesidades de lo explorado o que daban información muy importante pero que no se podía aplicar en forma directa a lo buscado o no estaban lo suficientemente validados.

Dado que en este proceso el instrumento de medición o recolección de los datos juega un papel central, se optó para determinar, en principio, si los sujetos entrevistados padecían de Estrés Postraumático, para eso se recurrió a herramientas ya probadas a nivel internacional y adaptarlas a las necesidades en aspectos de forma pero manteniendo el contenido:

El módulo TPET (Entrevista clínica para el DSM-IV), el CAPS (Clinician Administered PTSD Scale-CAPS), junto con el TQ (Questionnaire to rate Traumatic Experiences)

El primer paso consistió en evaluar a los sujetos con el objeto de determinar si estaban o no afectados por el trastorno de Estrés Postraumático. Llenaron el *Cuestionario de Veteranos de Guerra I* junto con la *Planilla de Acontecimientos*.

Una vez definidos los mismos, inmediatamente se procedió a hacer el segundo paso que era darle el *Cuestionario de Veteranos de Guerra II* junto con las *Observaciones* (Reexperimentación).

El tercer paso fue el posterior análisis del contenido de la información y hacer la correlación de los acontecimientos vividos y la reexperimentación de los mismos.

Instrumentos de Evaluación Utilizados

1. Módulo TEPT Entrevista clínica para el DSM-IV

De esta entrevista se identifican las siguientes funciones:

- a) Provee una evaluación diagnóstica con un módulo especial para cada trastorno del Eje I, permitiendo el reconocimiento de comorbilidades,
- b) Determina la naturaleza de la experiencia traumática, pero sin medir la severidad de la misma o los síntomas que provoca.
- c) Suministra información referente a la existencia de diagnósticos TEPT actuales y pasados.

2. Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (Clinician Administered PTSD Scale-CAPS)

Utilidad

Evaluación del diagnóstico (CAPS-1) y de la gravedad de los síntomas (CAPS-2).

Descripción de la escala

Consta de un primer apartado que corresponde al criterio A del DSM-IV en el que se evalúa el acontecimiento traumático sufrido por el sujeto desde una doble perspectiva:

Naturaleza del acontecimiento.

Repercusión en el sujeto (respuesta emocional).

El segundo apartado se aprecian cada uno de los diecisiete (17) indicadores que figuran en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se evalúan además, otros cinco (5) síntomas que se relacionan al trastorno: culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos, culpabilidad por haber sobrevivido, reducción de la conciencia de lo que le rodea, desrealización y despersonalización.

La valoración de los síntomas se efectúa desde una doble configuración:

- a. Cuantitativa, asignando una puntuación determinada.
- b. Cualitativa (*presencia diagnóstica*) determinando si el síntoma se encuentra o no presente.

En la evaluación cuantitativa se puntúa separadamente la frecuencia y la intensidad de cada síntoma. Para ello dispone de una escala Likert de 5 puntos (de 0 a 4) con criterios operacionales claramente especificados.

Para establecer si el síntoma está o no presente, se tuvo en cuenta la siguiente valoración: un síntoma se halla presente cuando recibe como mínimo un punto en frecuencia y 2 puntos en intensidad.

Si bien el marco de referencia temporal para la evaluación es doble, en el momento actual y a lo largo de la vida, se consideró en todos los casos el momento actual.

Los autores recomiendan realizar en primer lugar la evaluación del momento actual (último mes). Si no se cumplen los criterios para el diagnóstico de trastorno actual, el entrevistador ha de determinar cuál fue el peor mes, en cuanto a síntomas, desde que ocurrió el acontecimiento traumático, y será éste el período a lo largo de la vida que debe evaluar.

La experiencia con los veteranos, fue que los que no estaban con el trastorno en el momento actual, presentaban muchas resistencias a evocar la sintomatología y se optó por respetar la postura.

Corrección e interpretación de las puntuaciones

a. Evaluación cuantitativa o de gravedad (CAPS-2).

En cada síntoma se suman las puntuaciones de frecuencia e intensidad, proporcionando una puntuación de gravedad del síntoma que puede oscilar entre 0 y 8 puntos. La suma de las puntuaciones de los síntomas de cada uno de los criterios de diagnóstico proporciona las puntuaciones de cada uno de los grupos sintomatológicos: reexperimentación, evitación y embotamiento, e hiperactivación. Finalmente, la suma de todos los 17 síntomas de una puntuación total de gravedad del cuadro, que puede oscilar entre 0 y 136. Utilizando como punto de corte una puntuación de 65.

b. Evaluación de presencia diagnóstica (CAPS-1).

Según los algoritmos diagnósticos del DSM-IV, para que el diagnóstico esté presente se necesita además de la presencia del suceso traumático (Criterio A) que al menos esté presente un (1) síntoma del criterio B, tres (3) síntomas del criterio C, dos (2) síntomas del criterio D. Que los síntomas hayan estado presente al menos durante un (1) mes, y que haya habido angustia o deterioro en el funcionamiento social o laboral importante (puntuación de al menos 2).

Propiedades Psicométricas

Las propiedades psicométricas se evaluaron utilizando una muestra de 123 veteranos de guerra a 60 de los cuales se les entrevistó dos veces (con intervalo de entre 2 y 3 días) por dos entrevistadores distintos para calcular la fiabilidad del test-retest.

Consistencia interna.

Para los 17 ítems de la escala se obtuvo un α de Cronbach fue de 0,94. Los α para cada uno de los criterios oscilaban entre 0,85 y 0,87.

Fiabilidad test-retest.

Para los 17 ítems los coeficientes para cada uno de los tres pares de evaluadores oscilaban entre 0,90 y 0,98, y para los criterios de síntomas entre 0,77 y 0,96.

Validez convergente.

Los coeficientes de correlación entre la puntuación total de gravedad de la CAPS y la puntuación de la Mississippi Scale for Combat-related PTSD fue de 0,91, y con la escala de trastorno de estrés postraumático de Keane (7) (PK) del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI-2) de 0,77.

Validez factorial.

El análisis factorial confirmatorio demostró que el modelo factorial que mejor ajusta está constituido por cuatro factores de primer orden que se correlacionan de forma moderada - alta entre sí y que representan las siguientes dimensiones sintomatológicas: reexperimentación, evitación, embotamiento afectivo e hiperactivación.

3. Cuestionario de Experiencias Traumáticas (Questionnaire to rate Traumatic Experiences, TQ)

Utilidad: Instrumento de cribado.

Descripción de la escala

Consta de tres partes bien diferenciadas. La primera de ellas es un listado de las dieciocho (18) experiencias traumáticas.

Diecisiete (17) son las más frecuentes de aparición, y en 1 (una) está el espacio abierto para ser puesta por no estar incluida. En todas las instancias, el paciente ha de ir respondiendo si alguna vez ha sufrido alguna experiencia traumática en su vida, qué edad tenía y la duración aproximada que estuvo sometido al suceso.

Para contestar a los dos apartados siguientes: si ha sufrido más de un trauma a lo largo de su vida, se debe centrar en el que más le afecte en el momento actual.

El segundo apartado consta de nueve (9) ítems que evalúan las características del acontecimiento traumático con el fin de comprobar si se cumple o no el criterio A para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático según el DSM-IV.

El tercer apartado es un registro de Dieciocho (18) síntomas que examinan los tres criterios sintomatológicos. Los ítems son de respuesta dicotómica sí / no y el marco de referencia temporal es muy amplio y abierto: cualquier momento después del suceso.

Forma de administración

Instrumento autoaplicado o se lo puede administrar el profesional en caso de ser necesario.

Tiempo medio de administración. Es de 16 minutos.

Consistencia interna. El coeficiente α de Cronbach para el total del instrumento fue de 0,6676, y para las tres dimensiones fueron: criterio B, -0,1611; criterio C, 0,5405; criterio D, 0,3559.

Validez concurrente.

El coeficiente de correlación de Spearman entre las puntuaciones en el TQ total y las puntuaciones en la CGI fue de 0,311. Por dimensiones, únicamente se obtuvieron correlaciones significativas con el criterio C, siendo el coeficiente de 0,351.

Validez discriminante.

Los pacientes obtuvieron puntuaciones representativamente elevadas que los controles en el TQ total y en cada una de las divisiones. Los pacientes con comorbilidad psiquiátrica alcanzaron puntuaciones más elevadas que los pacientes sin comorbilidad en el TQ total y en cada una de las dimensiones, con diferencias reveladoras.

4. Formulario de Datos Personales del Veterano

En ese formulario se asientan las referencias de las personas son utilizadas para determinar principalmente:

1. Apellido y Nombre.
2. Lugar de Origen.
3. Escolaridad.
4. Ocupación Actual.
5. Ingreso y egreso de las Fuerzas Armadas.
6. Procedencia: Campo, pueblo o Ciudad.
7. Datos de la Familia Actual.
8. Datos de la familia Anterior.

De esto se extrae los aspectos sociales como :

- Provincia.
- Grado o Nivel de Instrucción.
- Rural o Ciudad.
- Si cumplía con el Servicio Militar Obligatorio o era Personal del Cuadro Permanente.
- Arma a la cual pertenecía.
- Familia Actual.

Estos datos permiten ser utilizados para determinar si de las variables intervinientes hay o no correlación con el Trastorno de Estrés Postraumático.

5 . Cuestionario al Veterano de Guerra (II)

Los datos más importantes que se registran en este formulario son:

1. Actividad previa al ingreso a las Fuerzas Armadas.
2. Acontecimiento Traumático previo al conflicto armado.
3. Corroborar la aptitud psicofísica previa al Trauma.
4. Evaluación del desempeño durante las acciones del conflicto armado según la perspectiva de sus superiores, y la propia.
5. Comparación de la relación familiar antes y después del conflicto.
6. Actitud ante una nueva contienda armada.
7. Características asociadas al TEPT (Culpabilidad de actos cometidos y de supervivencia, reducción de conciencia de lo que le rodea, desrealización y Despersonalización).
8. Indagar aspectos de la Soledad del excombatiente.

Lo que se busca investigar es:

- Si previo al conflicto armado, el afectado, padecía algún tipo de trastorno, y si había antecedentes traumáticos.
- Confirmar la aptitud psicofísica, dado que en las Fuerzas Armadas el criterio es expulsivo (No se admiten las personas con limitaciones físicas ni psicológicas dado que tienen que manipular armas de fuego).
- Evaluación del causante en su desempeño durante la guerra, se busca una doble perspectiva por si existe alguna incongruencia, indagar más al respecto.
- La actitud de volver o no a la guerra y hacer una nueva investigación si guarda o no cierta correlación, con la culpa de supervivencia.

Estos datos nos dan una información sobre los aspectos biológicos, su aptitud previa (sano), es decir que aprobó los exámenes de ingreso y los psicológicos.

El hecho que tenga un trabajo o estudio anterior refuerza la postura de que esa persona previo al trauma estaba sin la sintomatología que está instaurada en el momento de la presente evaluación.

6. El cuestionario de Personalidad: Indicador de tipos de Myers-Briggs.

En la terminología psicométrica convencional los tests de personalidad son instrumentos para la medida de las características emocionales, motivacionales, interpersonales y de actitud.

El inventario de personalidad seleccionado corresponde a la técnica de elección forzada, el mismo se ha elaborado sobre la base de la teoría de los tipos de la personalidad de Carl Jung. Además es el utilizado en los Gabinetes de Psicología de las Fuerzas Armadas Nacionales y Extrajeras.

Se elaboró sobre el antecedente de que los individuos difieren sistemáticamente en sus particularidades básicas con respecto a la percepción y el juicio.

Las cuatro preferencias básicas por medio de las cuales se clasifica al sujeto en categorías dicotómicas, de la teoría de los tipos de la personalidad de los tipos, son las siguientes:

El... Extraversión o Introversión: Dirigir la percepción y el juicio hacia el mundo exterior de la gente y las cosas hacia el mundo interno de conceptos e ideas.

SN. Sensación o Intuición: Percibir directamente de una forma fáctica o realista, o indirectamente por medio de ideas asociadas o deducciones imaginativas.

TF. Pensamiento o Sentimiento: Juzgar de la verdad o falsedad por medio de análisis lógicos, o por medio de una apreciación de los valores personales o interpersonales.

JP: Juicio o Percepción: Tratar con el mundo exterior de una forma valorativa, enjuiciándolo, o con una actitud de comprensión perceptiva.

Los componentes, redactados para satisfacer estas especificaciones generales teóricas, fueron finalmente escogidos sobre la base de la consistencia interna en cada clase.

Cada módulo exige una elección entre dos alternativas opuestas (p. Ej. Introverso o extroverso, sensitivo o intuitivo, etc). Las opciones se realizan siempre *dentro* de cada una de las cuatro categorías, nunca entre ellas.

En cada una de las cuatro categorías, la puntuación del individuo está basada en el número de veces que se elige una y otra categoría. Su *tipo* se designa por las letras predominantes en las cuatro clases.

Las fiabilidades de las divisiones en mitades calculadas en muestras de enseñanza media y estudiantes universitarios (N = 26 a 100), se encuentran, con pocas excepciones, entre 0,75 y 0,90.

El manual compendia un conjunto considerable de datos que aportaron a la validación de la producción de las puntuaciones.

Estos resultados son solo indicativos y necesitan una corroboración en nuestro medio mucho más extensa. Para nuestra investigación, es adoptado como un instrumento que nos puede dar indicadores que nos orienten, sobre si puede existir un factor común o perfil de personalidad de predisposición a la reexperimentación de los sucesos traumáticos.

7. Planilla de Acontecimientos

En esta Planilla se registran los sucesos que el excombatiente consideró como los más expuestos o representativos.

Dada que en la mayoría de las circunstancias se observó gran dificultad para escribir, sobre todo cuando hay mucho bloqueo o un alto grado de analfabetismo, se fue modificando el concepto (que lo escriban), y se lo grababa (posteriormente se lo transcribía) y se tomaban notas adjuntas para luego hacer un resumen final de acontecimientos y determinar el grado de control que el excombatiente percibía en esa situación.

Para la elaboración se empleó el escalamiento desarrollado por Renis Likert a principios de los 30, este método radica en un conjunto de ítems exhibidos en forma de enunciaciones o reflexiones.

Sobre esa base se les pide a los veteranos que manifiesten su pensamiento acerca de la vivencia que relatan y su grado de capacidad de respuesta o de control que sintieron, para eso deben optar o elegir uno de los 5 puntos de la escala.

A cada punto se le ha asignado un valor numérico; al mismo se lo utiliza como parámetro con el contenido de la reexperimentación del suceso traumático.

Lo que se busca es saber si existe alguna correlación entre los estresores experimentados y cuantificados según la escala Likert, con el grado de control que el sujeto subjetivamente los vivenció.:

*Utilice la siguiente escala para indicar la **Capacidad de Respuesta o de Control** que Ud. tenía para cambiar la situación o frente al enemigo:*

- 0 Máxima Capacidad de Respuesta/Control (p. ej., Estando armado frente al enemigo sin armas o teniendo todos los recursos necesarios, 80-100% de probabilidad, para controlar o modificar una situación crítica).*
- 1 Capacidad de Respuesta/Control Favorecedora (p. ej., Estando en superioridad numérica o armamentística con respecto al enemigo o teniendo suficientes recursos y posibilidades (75% aprox.) para controlar o modificar una situación crítica).*
- 2 Mediana Capacidad de Respuesta/Control (p. ej., Estando en igualdad de condiciones (de fuerzas) que el enemigo o teniendo aceptables posibilidades (50% aprox.) de controlar o modificar una situación crítica).*
- 3 Baja Capacidad de Respuesta/Control (p. ej. Estando en inferioridad de condiciones que el enemigo (ej. siendo bombardeado, ocultándose a la vista/fuego del eno.) o con poca probabilidad de controlar o modificar una situación crítica (25% aprox.).*
- 4 Nula o Mínima Capacidad de Respuesta/Control (p. ej. Estando prisionero del enemigo o inmobilizado, o teniendo muy pocos recursos y probabilidades de controlar o modificar una situación crítica (20% o menos).*

8. Síntomas Actuales (Tabla 1)

Al igual que la PIIa. De Acontecimientos, la utilización se fue modificando y en algunos casos los veteranos los escribían y en otros se los grababa. En el resumen de los síntomas se los trascibió como **Reexperimentación**.

9. Síntomas Actuales del Estrés (S.A.S)

Para evaluar el grado de gravedad de los síntomas en principio se adoptó la confeccionada según una escala del Monitor del Estrés del Dr. Kertész, pero se dejó para un estudio posterior, dado que por una parte, la investigación está referida al contenido de la Reexperimentación del suceso Traumático y no con respecto a la gravedad con que se padece el mismo.

No obstante, se han modificado las escalas, se les incorporó un escalamiento tipo Likert, con respecto a la Frecuencia y a la Intensidad. Se tiene previsto continuar con el desarrollo de ese instrumento.

Cuadro Resumen de las Propiedades Psicométricas de las Versiones españolas de los instrumentos para la evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático.

Instrumento	Tiempo medio de aplicación (minutos)	Consistencia interna (& de Cronbach)	Fiabilidad test-retest a las 2 semanas (coeficiente de correlación intraclase)	Validez concurrente (coeficiente de correlación de Spearman con las puntuaciones en la CGI)	Validez Discriminante
CAPS	41,23	Total: 0,9116 Criterio B: 0,8318 Criterio C: 0,7942	Total: 0,94 Criterio B: 0,93 Criterio C: 0,92	Total: 0,699 Criterio B: 0,699 Criterio C: 0,653	Dif. Significativas (a) Dif. Significativas (b) Dif. Significativas sólo en criterio B (c)
		Criterio D: 0,7681	Criterio D: 0,87	Criterio D: 0,526	Dif. Significativas (d)
TQ	15,60	Total: 0,6676 Criterio B	Sólo se administró en la visita basa	Total: 0,311 Criterio B: NS Criterio C: 0,351 Criterio D: NS	Dif. Significativas (a) Dif. Significativas (b) Dif. Significativa sólo en el total (c) Dif. Significativa sólo en el total y

					en el criterio C.(d)
--	--	--	--	--	----------------------

Validez discriminante: (a) Pacientes frente a controles. (b) Comórbidos frente a no comorbidos. (c) Agudo frente a inicio demorado. (d) CGI leves frente a graves. CAPS, Escala para el TEPT administrada por el clínico; NA, no aplicable; NS, no significativo; TQ, Cuestionario de Experiencias Traumáticas

Bibliografía:

1. **Anne Anastasi**, "Tests Psicológicos", Edición Española, Tercera edición, (1973).
2. **Bobes García Julio, Busoño García Manuel, Gonzáles García María Paz**, "Trastorno de Estrés Postraumático", Editorial Masson, Barcelona – España, (2000).
3. **Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Klauminzer G, Charney DS y cols.** "A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-1", *The Behavior Therapist*, 13: **187-88**, (1990).
4. **Blake DD.** "Rationale and development of the clinician-administered PTSD scales. PTSD Research Quarterly", 5:1-2, (1994).
5. **Blake DD,** "Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS y cols. The development of a clinician-administered PTSD scale. *J Traumatic Stress*; 8 (1): 75-90, (1995).
6. **Briggs – Myers Isabel**, "MBTI Inventario Tipológico", Forma G, Manual 2ª Edición , TEA Ediciones S.A, Madrid (1995).
7. **Davidson JRT, Hughes D, Blazer DG.**, "Traumatic Experiences in psychiatric outpatients", *J Trauma Stress*, 3: 459-475, (1990).
8. **Dr. Alfredo H. Cia**, "Trastorno por Estrés Postraumático Diagnostico y Tratamiento Integrado", Primera Edición, Imaginador, Buenos Aires, (2001).
9. **Escalona R, Tupler LA, Saur CD, Krishnan KR, Davidson JR.** "Screening for trauma history on an inpatient affective disorders unit: a pilot study", *J Trauma Stress* , 10(2):299-305, (1997).
10. **Kertész Roberto**, " El Monitor del Estrés", Editorial IPPEM, Buenos Aires, (1985).
11. **King DW, Leskin GA, King LA, Weathers FW.** "Confirmatory factor analysis of the Clinician-Administered PTSD Scale: Evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder", *Psychological Assessment*, 10 (2): 90-96, (1998).
12. **Lee J. Cronbach**, "Fundamentos de la Exploración Psicológica", Editorial Biblioteca Nueva, Madrid (1963).
13. **Sampieri Hernández Roberto, Colado Fernández Carlos, Lucio Baptista Pilar**, "Metodología de la Investigación", Segunda Edición, McGrW-Hill Interamericana Editores, México, (1991).

13. Recolección de Datos

El presente ítem, se complementa con el *Anexo I*.

Criterio A: Evento traumático

La persona ha estado expuesta a un evento traumático en el que:

3. Ha experimentado, presenciado o confrontado acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
4. Responde con temor, desesperanza o un horror intenso.

Criterio Diagnóstico del DSM IV	Relato del Veterano de Guerra
<p>Sujetos que experimentaron o fueron testigos de amenazas o riesgos real a perder la vida, o de lastimarse gravemente.</p> <p>(Conflictos bélicos, violencia doméstica o comunitaria, desastres naturales (incendios, inundaciones, tornados, tormentas, etc.). Violaciones, ataques sexuales de otro tipo, ataques físicos, tortura, asalto a mano armada, accidentes, encarcelación, privación de la libertad, etc.)</p>	<p>En primera línea de combate estábamos bajo bombardeo trabajando en pésimas condiciones, mal dormidos, mal alimentados, acalambrados, entumecidos por el frío y lluvia, el bombardeo permanente; cumplimos una misión: tratar de atajar al enemigo bajo cualquier circunstancia, recibimos fuego aéreo, naval y de artillería pesada. Estando prisioneros nos obligaron a remover los campos minados y trampas explosivas demarcados con una soga plástica y estaba permanentemente con centinelas, recuerdo había uno que se movía mucho y a mí me ponía mal porque no sabía si en realidad estaba tranquilo o en cualquier momento se ponía a disparar.</p>

<p>Sujetos que fueron testigos o que sufrieron las consecuencias del evento, pero que no estuvieron en peligro inmediato.</p> <p>(Ser testigo de los resultados devastadores de ciertos eventos catastróficos de naturaleza masiva (explosiones graves, ataques terroristas). Observar mutilados, cadáveres destrozados, (derrumbes, aludes, terremotos), etc.)</p>	<p>Otros soldados de mi compañía legaron con su sangre mi tierra y yo no pude hacerlo. Luego tenía la misión de recoger los muertos y enterrarlos en una fosa común en Puerto Argentino, más de 100 cadáveres, los acomodaba uno al lado del otro en una zanja abierta por una máquina y después de enterrarlos vino una orden de sacarlos de ahí y ponerlos en bolsa negras, los cuerpos se despedazaban. En una oportunidad me quedé con la cabeza de un camarada en mi mano, los puteaba a los ingleses para que me mataran, no me importaba nada, mis compañeros se alejaban de mi por temor, yo quería morir.</p>
<p>Sujetos que tuvieron que enfrentarse con los resultados de un evento que implica muerte y riesgo de vida. (Recibir la noticia de que un ser querido ha fallecido inesperadamente, ha sido gravemente herido o se encuentra desaparecido (familiares desaparecidos, secuestros, accidentes graves).</p>	<p>En una misión de combate lo mataron al Cabo Luis Cisterna, mi amigo, mi hermano, quisiera haber sido yo en vez de él porque él tenía dos chiquitos y una mujer, yo estaba solo en ese momento.</p>

Hoja resumen del CAPS

Cr iterios	P reguntas	a ctual		p asado	
		P or lo menos 1	S i	N o	s i
A	Item 2 y 3		S i		
	Item 4 y 5		S i		

Criterio B: síntomas de reexperimentación

El acontecimiento traumático es reexperimentado a través de las siguientes formas:

Recuerdos de carácter intrusivo que provocan malestar, y comprenden imágenes, pensamientos o percepciones.	
1) Sueños recurrentes sobre el hecho traumático.	a) Sueño con un soldado que me pone un fúsil en el pecho y hace fuego, sueño también con un soldado que esta apuntándome con un fúsil, lo veo en perspectiva.
2) El sujeto tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (esto se debe a que revive la experiencia a través de ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashbacks). Los niños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.	a) Vivo al frente de un aeropuerto hay ruido de aviones, helicópteros, me traen permanentemente recuerdos, al principio hasta me tiraba cuerpo a tierra si pasaban muy cerca mío. b) Veo al camarada en Puerto Argentino cuando tenía la cabeza en mis manos. c) Guardo todavía las instrucciones para armar bombas caza bobos, así cuando vuelva a ir, las llevo. Cuando escucho un ruido de avión, siento el impulso de hacer cubierta completa (Giro idiomático del combatiente cuando se dice que hay que resguardarse del ser detectado visualmente y del fuego del enemigo)
3) Cuando el sujeto se enfrenta a estímulos internos o externos que simbolizan el suceso traumático presenta intensas molestias psicológicas.	Tengo también más allá una cantera de piedra que utilizan explosivos, todo eso me pone muy mal.
4) Expuesto a la situación arriba mencionada, también presenta respuestas fisiológicas.	a) El teniente Miño, el loco le decían, me metía preso a cada rato, me tenía mucha bronca no me podía ver entonces pedí la baja, no me sentía bien ese día que me fui de la Armada, había mucho viento, hacía mucho frío, no sabía donde ir, estaba solo, vacío y triste. Cada vez que hay niebla, el día es gris y hay mucha humedad estoy muy molesto.

Hoja resumen del CAPS

B. Reexperimentados	Síntomas	Actual				Curso Vital			
		F	I	F+I	Síntomas Sí/No	F	I	F+I	Síntomas Sí/No
7.a	Recuerdos intrusivos	3	3	6	Si				
8.	Sueños angustiantes	4	4	8	Si				
9.	Actuar o sentir como si el suceso volviera a ocurrir.	4	2	6	Si				
10.	Angustia psicológica ante hechos que le recuerdan el suceso.	3	2	5	Si				
11.	Reacción fisiológica al exponerse a hechos que le recuerdan el suceso.	4	3	7	Si				
B. Subtotales		18	14	32					
Número de síntomas del criterio B (se necesita uno).				5	Si				

*Observaciones: **F**: Frecuencia, **I**: Intensidad.

Criterio C: Síntomas evitativos y anestesia emocional

Este criterio refiere a la evitación persistente de estímulos asociados al trauma y al embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican 3(o más) de los siguientes síntomas:

- 8) Evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- 9) Evitación de actividades, lugares o personas que reflejan el trauma.
- 10) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- 11) Disminución del interés o de la participación en actividades importantes.
- 12) Desapego o indiferencia frente a los demás.
- 13) Restricción de la vida afectiva.
- 14) Pérdida de expectativas futuras.

C. Síntomas de evitación Y paralización	Actual				Curso Vital			
	F	I	F+I	Síntomas Sí/No	F	I	F+I	Síntomas Sí/No
12. Evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones	3	3	6	Si				
13. Evitación de actividades, lugares o personas	3	3	6	Si				
14. Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma	3	2	5	Si				
15. Disminución del interés o de la participación de actividades	4	3	7	Si				
16. Sensación de desapego o alejamiento	2	2	4	Si				
17. Afecto restringido	3	3	6	Si				
18. Sensación de un porvenir acortado	4	3	7	Si				
C. Subtotales	22	19	41					
Número de síntomas del criterio C (se necesitan tres).			7	Si				

Criterio D: Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) o ausente antes del trauma, tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) irritabilidad o ataques de ira
- (3) dificultades para concentrarse
- (4) hipervigilancia.
- (5) Respuestas exageradas de sobresalto.

<u>D. Síntomas de hipervigilancia</u>	Actual				Curso Vital			
	F	I	F+I	Síntomas Sí/No	F	I	F+I	Síntomas Sí/No
19. Dificultad para conciliar o mantener el sueño	4	3	7	Si				
20. Irritabilidad o accesos de cólera	4	2	6	Si				
21. Dificultad para concentrarse	3	2	5	Si				

22. Hipervigilancia	4	3	7	Si				
23. Sobresalto ante estímulos normales	3	3	6	Si				
D. Subtotales	18	13	31					
Número de síntomas del criterio D (se necesitan dos).			5	Si				

14. Análisis de los Datos

a) Casos de la Muestra

b) Análisis de los Datos de la Muestra

a) Casos de la Muestra

CASO I

Acontecimientos:

1. Estuve en la Marina como conscripto en Puerto Belgrano en A.R.A Cabo. San Antonio en el buque de desembarco, destinado como tripulación y hacía de Chafa, soy de la clase 62; entré el 5 de Agosto del 81. El 2 de Abril el barco hizo su desembarco en las islas Malvinas, yo estaba a bordo, sentí un miedo cuando hicimos el desembarco..., las luces de bengala, los tiros trazantes(iluminantes), sentía miedo porque pensaba que nos podían atacar con aviones y el buque no tenia ninguna arma anti aérea. No nos habían avisado a nosotros que habían tomado las Malvinas y ese es el terror que sentimos en su momento, nos podían haber explicado lo que era; ese momento no sabíamos lo que pasaba, sentí mucho miedo. **CAPACIDAD GRADO 3.**
2. Recuerdo a los compañeros que no volvieron, estuve una semana después del desembarco en Puerto Argentino de ahí salimos y estuvimos cerca de la Isla y fuimos creo a Puerto Urquiza o Punta Quilla no recuerdo muy bien. **CAPACIDAD GRADO 1.**

Reexperimentación:

1. Me queda la imagen de los cañones, las balas, nosotros desde el barco veíamos las balas justo el 2 de Abril, toda la imagen me quedo, hasta el día de hoy lo veo. Cuando estoy soñando me despierto y no puedo dormir, por ejemplo escucho un ruido y no puedo dormir, me despierto y no duermo, muchos sueños no tengo, más son imágenes de día, veo algo como si estuviera volando.
2. Los días con lluvia me traen recuerdos de los aviones que pasaban pero por suerte nunca pasó nada, estaba esperando en cualquier momento un ataque aéreo, desde ahí que empiezo a despertar.
3. El mes pasado me asaltaron con un arma me puse loco le quise quitar el revólver y no pude, me dieron con el revolver en la cabeza, hice lo que senti, pero me podían a ver matado, nunca me gusto que me amenacen con arma ni jugando.
4. Cuando estoy despierto es cuando veo las imágenes. Antes de la guerra no tuve ningún acontecimiento traumático. No siento culpa de haber sobrevivido, yo me había anotado para quedarme en tierra.
5. Cuando veo noticias sobre las cosas que pasan se me hace como un nudo en la garganta, todas las noches interrumpo el sueño.

CASO II

Acontecimientos:

1. Tripulante del Submarino A.R.A. Santa Fe, puesto de combate: suboficial de operaciones de contramedidas electrónicas, además era fotógrafo militar para dar los reportes de inteligencia. La segunda misión de Georgias fuimos averiados y tuvimos que volver a puerto, desembarcar con armas livianas y preparar una defensa porque sabíamos era improbable poder salir ilesos de ahí. Fuimos prisioneros junto con mis camaradas. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
2. Recuerdo al caer prisionero y tener que arrear el pabellón tuve un dolor inmenso, lloré como un chico y tenía una impotencia tremenda, si en mi estaba jamás me hubiera dejado tomar prisionero pero estaba en juego la vida de mis camaradas. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
3. Siento una terrible tristeza al momento de tener que entregar las armas, tengo escena del momento en que al lado mío alguien me dijo se esto se acabó, hay que rezar para que no nos acaben. Tenía mucho miedo mucha ansiedad, los ingleses al principio tenían mucho cuidado y nos apuntaban con armas cortas y largas cerca de la cabeza, sabíamos que cualquier movimiento en falso nos podía matar y estaban muy alertas. Sentí mucha sensación de peligro en todo momento, todos los movimientos los tenía que pensar como para dejarlos claros para que no se mal interprete y me maten. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
4. En el momento en que embarcamos en el buque para ser trasladados a la Isla de Asunción sentí mucha tristeza porque no sabía en cuanto tiempo más iba a volver a ver a mis familiares. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Sueño muchas veces con soldados apuntando, estoy recordando el momento que arreo en el pabellón, la impotencia de no poder hacer nada, por momentos pienso en las situaciones vividas y me pongo mal.
2. Evito las manifestaciones.
3. Los días Patrios me deprimen mucho.
4. Los fuegos artificiales me causa mucha ansiedad.

CASO III

Acontecimientos:

1. Yo estaba embarcado en el Portaaviones 25 de Mayo, mi rol era el de mecánico de armas de los aviones Traquer "S2E" y tenía el grado de Cabo Primero, mi desempeño era el de estar navegando con las

aeronaves y efectuando patrullas antisubmarinas alrededor de las Islas Malvinas. Todo de alguna manera estaba bien hasta que tuve noticias del hundimiento del Crucero A.R.A. General Belgrano, en ese momento me di cuenta que nos encontrábamos con una muy baja capacidad de respuesta y por lo que hablaba todo el mundo era con que el buque era blanco de los enemigos por el poder que tenía de una plataforma en el mar, entonces empecé a tener una gran temor por ser atacado y correr la suerte del crucero General Belgrano. Por la noche dormía vestido.

CAPACIDAD DE GRADO 3.

Reexperimentación:

1. Sueño con alarmas, gente corriendo.
2. Sueño también viendo las balsas bombardeadas y haciendo mi recorrido por la cubierta que daba sobre las balsas.
3. Por mucho tiempo tenía el olor a gasoil, porque el lugar donde estaba alojado había una máquina que tenía cierto efecto que funcionaba a gasoil y daba un olor muy particular.

CASO IV

Acontecimientos:

1. Estando en la armada era observador metereológico, auxiliar de navegación y ayudante del oficial de guardia. Entramos en la isla el 24 de Marzo, yo estaba en el transporte A.R.A. Bahía Paraíso, en ese barco nos fuimos a Giorgias en apoyo al personal de radio y nos quedamos ahí vigilando al barco Binther que era de los británicos con personal militar a Bordo. Fuimos con el capitán Astris, incluso ahí vimos morir 3 personas, uno era el cabo Huanca, el conscripto Avila y el conscripto Monasi porque recibíamos a la gente porque en ese momento estábamos trabajando como buque hospital. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
2. En el ataque cuando estaba el capitán Astris con el personal y cuando mataron al cabo Huanca, después a un oficial le dispararon en la cara, eso lo viví con mucha angustia y mucho miedo. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
3. Cuando estando a bordo atacaron con un misil que supuestamente era para otro barco y por suerte salió desviado tenía mucho miedo porque estábamos indefensos y si bien estaba el buque con la cruz roja internacional, durante el bombardeo si nos confundían nos daban. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
4. Cuando en el ataque el primero de Mayo estaba fondeado sobre la Bahía de puerto Argentino y atacaron los ingleses y veíamos los ataques aéreos y derribaban aviones, nosotros indefensos desembarcábamos

inclusive combustibles y víveres para la isla. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

5. Encontrábamos salvavidas con cadáveres de compañeros nuestros, estuvimos embarcando y desembarcando cadáveres, alrededor de 22 cuerpos.

Reexperimentación:

1. Algún ruido en la noche me sobresalta mucho.
2. Cuando escucho ruido de aviones me sobresalto mucho.
3. Sueño con el misil que cayó cerca nuestro, sueño con los hombres que estaban muertos en el salvavidas flotando en especial los 2 primeros que se me quedaron grabados siempre en los sueños. Los días grises me ponen muy mal y me siento muy alterado.

CASO V

Acontecimientos:

1. Fui a Malvinas el día 13 de Abril del 82 por avión a puerto Argentino, yo pertenecía a fuerza Aérea y mi lugar en el rol de combate era ayudante de radio aficionado. Recuerdo que cuando estábamos en el pozo de zorro las bombas que caían sobre los pozos hacían pedazos los cuerpos de las personas, también recuerdo de gente que pedía ayuda y no me podía mover por las dudas que me pudiera suceder algo. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Muchas noches no dormía porque temía un ataque enemigo nocturno. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
3. Tengo quemaduras por el frío porque cuando hacíamos la trinchera cuanto más profundo cavábamos más agua salía, tuve principio de pie de trinchera. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
4. Yo tomé el último vuelo de Hércules que me trajero de Puerto Argentino a al continente, cuando subimos al avión sonó la alarma de ataque y tuvimos que salir corriendo del avión para poder ponernos a resguardo, no pasó nada. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
5. Volvimos nuevamente al avión y cuando el avión estaba decolando sonó nuevamente la alarma de ataque y nos abrazamos entre todos y no sabíamos si teníamos salvación porque estábamos en el aire y aparentemente no sabíamos si era ataque o era para saludarnos pero tuvimos mucho miedo nos abrazamos, lloramos y pensábamos que de esa no salíamos. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Los días de humedad me duele mucho las articulaciones y tengo sensación de estar nuevamente en la trinchera.
2. Tengo pesadillas, estoy viendo todo oscuro, cuando salíamos de los pozos esperaba la muerte y siento la angustia porque no tenía la posibilidad de responder, sentía que las bombas caían y no tenía más posibilidad que rezar y resignarme. Sueño también con explosiones, momentos en que me sobresalto y me cuesta mucho volver a dormir.
3. Sueño también con los muertos, gritos, la gente que pide auxilio.
4. Cada vez que siento un ruido de turbina me estremezco.
5. No puedo estar en los momentos donde se festeja Navidad y Año nuevo porque siento que estoy en combate me siento muy ansioso y nervioso y trato de aislarme.

CASO VI

Acontecimientos:

1. Fui tripulante del Submarino A.R.A. San Luis, fuimos a la zona de Malvinas y tuvimos participación en la guerra contra los buques ingleses, al momento que disparamos los torpedos no funcionaron y fuimos detectados por las fuerzas inglesas, inmediatamente después nos comenzaron a atacar y sentí mucha ansiedad porque sabía que si nos tocaban quedábamos abajo. El comandante con muy buen tino se apoyo en el fondo y se escuchaban las explosiones, algunas más lejanas, otras más cercanas y permanecimos mucho tiempo en ese lugar. No podíamos hacer otra cosa más que rezar. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
2. También recuerdo la alarma de contramedidas electrónicas como sonaba y la sensación de incertidumbre. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. El sonido de la alarma de contramedida electrónica aún me sigue sonando en la cabeza.
2. Mis sueños siempre están relacionados con submarinos y todos los movimientos incluso los ruidos exteriores que sentíamos de la bomba.
3. Hoy no soporto la oscuridad y mucho menos que me falte el aire.

CASO VII

Acontecimientos:

1. Era del ejército Monte Caseros clase 62 me iban a dar la baja pero justo comenzaron la guerra. Estaba destinado en Monte Kent y era fusilero. Recuerdo todo, los tiroteos que tuvimos que fue una semana bajo tiros sin comer, sin dormir nada, estábamos detrás de un paredón de piedras, las balas silbaban como abejas, las luces de bengala, nosotros teníamos que estar dentro de nuestra posición sin movernos para que no nos vean. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Cuando retrocedimos, pasamos por un campo minado, no sabíamos donde estaban las minas y pasamos a la noche y abajo había fuego de artillería. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
3. Recuerdo que había un soldado herido pidiendo ayuda, me arrastré hasta él le saque el casco y el fusil y le tome de la mano, lo hice para que no sufra, estaba en sus últimos momentos. Yo fui quien vio donde cayó, lo sentí como un hermano porque ni un hermano nuestro carnal pasó todo lo que nosotros pasamos acá, nos respetamos mucho. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Tengo pesadillas cuando estamos en tiroteo, estamos recibiendo balas y también tirando al enemigo y retrocediendo.
2. Sueño de vez en cuando con el recuerdo del soldado muerto, veo el uniforme, el color de la ropa, la sangre.
3. Cuando recuerdo la guerra salgo y trato de salir a conversar para olvidarme de eso, de cambiar de pensamiento para ponerme bien.
4. Recuerdo todo el fuego de los morteros cuando estaban recibiendo el fuego propio.
5. Siento temblores muy a menudo y me pongo muy nervioso, siento mucho dolor de cabeza y se me borra la mente, por ejemplo estoy viendo la birome pero no la veo esto me pone muy mal. Por ahí yo tengo que ir a agarrar algo a un lugar y me voy a otro sabiendo que ahí no está.
6. Por momentos siento un fuego desde el centro del cuerpo y se me va hasta la cabeza. Siento que se me parte la cabeza.

CASO VIII

Acontecimientos:

1. Estaba en el Regimiento 6 de Infantería de Mercedes apostado en Puerto argentino, era soldado conscripto y estaba en el grupo de tirador de fúsil, hacíamos las guardias. Yo estaba con La Mga (ametralladora pesada) cuando entramos en combate en momentos que los ingleses desembarcaron en Puerto Argentino. No estuve cuerpo a cuerpo porque al estar con la ametralladora tiraba y nos escondíamos, tiraba y me escondía y silbaba de todo al lado mío, rezábamos constantemente era como que queríamos matar y matar, no es como en aquí en la vida civil que nos cuidamos; allá no nos importaba nada era eso, queríamos defender a la Patria si o si. **CAPACIDAD GRADO 3.**
2. Vi caer aviones enemigos averiados. **CAPACIDAD GRADO 2.**
3. Un día estábamos carneando una oveja y de pronto sentimos ráfagas de fuego de un avión contra nosotros, me salve de milagro porque me tiré en una zanja. **CAPACIDAD GRADO 3.**
4. Me acuerdo en un bombardeo que un compañero que se crió conmigo, se llamaba Héctor Huanes, muere porque recibió parte de una esquirla en la pierna y yo no alcanzaba a rescatarlo y murió. Al ver que no pude hacer nada tenía muchos nervios, me puse loco y si bien ya la Fuerza Argentina se había rendido quería seguir peleando sin importarme nada. En el momento de recibir la orden de rendición me sentí muy mal, era como que estaba todo perdido y por un lado pensaba en mi familia y que fuimos a hacer algo y no lo hicimos. **CAPACIDAD GRADO 3.**
5. Los ingleses nos tomaron como prisioneros de guerra y nos llevaron a los galpones del aeropuerto, sentí miedo porque creía que nos iban a matar, nos quitaron las armas y dormíamos en el piso del galpón y nuestras necesidades también las hacíamos ahí; solo rezábamos, pensaba que nos matarían a sangre fría. **CAPACIDAD GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Evito reuniones con ex combatientes porque cuando los escucho hablar me vienen recuerdos y me pongo triste.
2. Quiero estar muerto porque veo que cada vez estoy peor, no le encuentro salida a nada (llora), hay momentos en que quiero seguir luchando y otros quiero morirme.
3. Vivía cerca de una base aérea y cuando escuchaba el ruido del avión me levantaba y no podía dormir, estuve un tiempo y me mude. Jamás fui a un médico ni nada, me encierro en mi cuarto (llora).
4. Al llegar de la guerra empecé a tener problemas, ya no era el mismo, me ponía nervioso pero fue por un par de meses. Si me hacía cita con alguien no iba porque no me daba ganas, me encerraba a tomar unos mates y fumaba, y hasta ahora me pasa esto.

5. Soñaba que estaba en la guerra, veía gente, medio nublado, sueño que estoy tirando en el campo, veo los aviones ingleses, los cañones nuestros.
6. Tengo las imágenes de la muerte del soldado clase 1962 Héctor Huanes y de los heridos que he visto en combate
7. Sueño también cuando estábamos prisioneros y teníamos que limpiar todo como si fuéramos esclavos de ellos.
8. En la vida civil estoy siempre alerta, pero no se de que, estoy listo para responder con golpe, ya como que me quedó eso.
9. Me afectan los ruidos de los aviones. Problema de frío en los pies y manos, me pongo mal y tiemblo en muchas oportunidades.

CASO IX

Acontecimientos:

1. Me desempeñe como inspector de Aviación Naval, hacía de fotógrafo aéreo y me destacué el 3 de Abril en el primer vuelo rasante a Malvinas, cuando finalizó la contienda. La nave en la cual estaba la tripulación hizo el cruce de Malvinas, fue el primero en romper la zona de exclusión, en una oportunidad cuando estábamos en Puerto Argentino al momento de salir teníamos miedo de ser detectados por las patrullas inglesas y al momento de decolar, totalmente indefensos escucho las sirenas de alarma aérea. El avión realizó un vuelo rasante por el mar para no ser detectado, me acuerdo de ver las olas y el miedo a no saber que pasaría. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Siento todavía la sirena de ataque pero ya esta el avión despegando, todavía lo guardo en la memoria.
2. Sueño persistentemente con la imagen de ver cada vez más cerca el agua, tenía un miedo muy intenso.
3. Lo que más me duele es que yo defendí a mi Patria por sentimiento no por recompensas.

CASO X

Acontecimientos:

1. Como Cabo Segundo en el A.R.A Bahía Paraíso me desempeñaba como administrativo. Esa unidad hacía de unidad sanitaria, es decir en ese lugar iban a parar todos los soldados argentinos heridos que necesitaban asistencia médica, llegaba a ver a todos los heridos que venían al buque para ser asistidos y se impresionó mucho porque nunca antes había visto ese tipo de heridas en las personas. Me dio mucha impotencia y mucha rabia. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Sentía que mis compañeros caían y yo no podía hacer nada porque estaba en ese destino. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Me sentía culpable por haber regresado cuando muchos de mis compañeros no o estaban heridos o mutilados de por vida.
2. Durante los primeros años tenía sueños y pesadillas recurrentes sobre los acontecimientos, sobre todas las cosas que había visto y oído sobre todo el tema de los heridos que llegaban al buque.
3. Tenía pocas ganas de disfrutar de las cosas que me rodeaban los primeros años como ser fiestas, cumpleaños, reuniones, etc.
4. Las noches me levantaba sobresaltado por algún recuerdo y además muy sudoroso.
5. Mucho disgusto por recordar los acontecimientos de mis compañeros que perdimos en el Aviso A.R.A. Sobral que fue atacado por los helicópteros ingleses teniendo la cruz roja internacional, que iba a rescatar pilotos de los aviones de guerra caídos.
6. Me molestan los ruidos fuertes.
7. Evito cualquier noticia sobre guerra y sobre todo lo que es Malvinas.

CASO XI

Acontecimientos:

1. Era tripulante del submarino San Luis, pertenezco a la Armada y como tripulante me desempeñe bien porque yo tenía la experiencia de haber participado en el submarino de Santa Fe en el 1978. Nosotros estábamos como patrulla de guerra, tuvimos intervenciones en realidad dos, una fue que el armamento nuestro no funcionó (de conocimiento público) al lanzar los torpedos sobre naves inglesas en superficie; las naves lo detectaron y el submarino comienza a ser perseguido por helicópteros, el comandante al submarino lo enfila hacia la costa de Malvinas y lo asienta en el fondo como una especie de camuflaje de ahí estuvimos casi las 72 horas en el fondo del mar escuchando las explosiones cercanas. **CAPACIDAD GRADO 4.**

2. En el combate yo era operador de balanceo, a parte, si los guardias entraban en una emergencia tienes que saber que hacer, no tienes tiempo de pensar en nada, lo que yo hacía era ver, repasar las válvulas lo demás no, me interesaba sólo mi puesto de combate. **CAPACIDAD GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Como traumático me queda el pozo, pasa que son dos cosas que ocurrieron muy juntas en Malvinas, más que mi madre fallece, ella tenía un problema de cáncer y me lo dijo antes de que vaya a la patrulla en Chile, la tuvimos en tratamiento y luego falleció. Es una cosa tras otra que hasta el día de hoy siento bronca por no haber tenido mejores condiciones de las que tuvimos para poder haber actuado de mejor forma.
2. Muchas veces me veo repasar las válvulas, sobre todo en los sueños, la secuencia, el olor del compartimento.
3. Tengo mucha bronca por no haber operado como esperaba, es mucha la impotencia que se siente cuando vos sólo estás esperando que se vayan y no poderles responder porque tus torpedos no sirven.

CASO XII

Acontecimientos:

1. Llegué a Malvinas el 26 de Abril, Monte Caseros y de ahí me fui a Monte Kent, en primera línea de combate. Me agarró una bala en el casco, me echó y me quede inconsciente un rato y después volví a reaccionar, físicamente no me hizo nada solo me dio un golpe en la cabeza.
2. Después del impacto que recibe me desperté y seguí combatiendo.
3. Después caí prisionero en la Isla.

Reexperimentación:

1. De noche tengo muchas pesadillas, tengo mucho dolor de cabeza y ahora tengo un zumbido en mi cabeza en los dos lados hace 2 o 3 meses muy fuerte y después un permanente dolor de cabeza, me agarra un ataque de nervios y quiero romper todo.
2. No puedo concentrarme, no tengo facultad para ir a elecciones, para estar dentro la sociedad, no me hallo, no paro en ningún lugar, quiero irme a otro lado.
3. En las pesadillas veo a todas las Malvinas, todo el combate, escucho los tiros, los cañonazos, bombardeos, escucho todo como si estuviera ahí y

ahí me levanto; muchas veces de dormido le pegue a mi mujer, ella me hacía despertar y yo no me acordaba nada de lo que había pasado.

4. Aparece en sueño cuando yo me estoy tiroteando cuerpo a cuerpo, tiros que vienen, tiros que van, el bombardeo.
5. Sentí mucho miedo cuando caí prisionero, me sacaron el arma, el cinturón y yo no sabía que era lo que iban a hacer con nosotros porque no entendíamos lo que ellos hablaban, era todo con señas pero yo no entendía, en ese momento sentí mucho miedo.
6. Me aparece cuando estoy prisionero, en el tiroteo, cuando nos hacen subir al barco, cuando nos traen. Quedamos liberados en Puerto Madryn donde nos recibieron, ahí recién supe que iba a vivir.
7. Se me viene a la mente lo que vi morir a mis compañeros, veo todo eso como una pesadilla, veo a mi compañero destrozado por un cañonazo, todo lo que viví dentro de las Malvinas.

CASO XIII

Acontecimientos:

1. Batallón 601 destinado en Ganso Verde, estando en un pozo de zorro (trincheras precarias) y veo a los gurcas que mataron a dos compañeros míos por la espalda, no le dieron la voz de alto simplemente los mataron. Yo pensé en dispararle pero pensé en mi familia y no hice nada porque ellos estaban en superioridad numérica y tenían más medios. Siento culpa por eso.
2. Me disculpe ante los padres de mis compañeros muertos pero ellos no descansan en paz.

Reexperimentación:

1. Sueño con que estoy en el pozo de zorro y mis compañeros son muertos por la espalda.
2. Que estoy de noche y me persiguen.
3. Los días grises me ponen mal tengo conductas de aislamiento y muchas veces me pongo agresivo.
4. Los ruidos de turbinas me alteran los nervios.
5. Los silencios no los puedo soportar, me ponen inquieto, inseguro, en estado de alerta, por eso cuando quiero dormir me cuesta mucho al principio.
6. Trato de evitar tener contacto con otros veteranos y no quiero que me pregunten que me pasó en la guerra porque me causa mucho dolor.

CASO XIV
Acontecimientos:

1. En 1982 en proximidades de Puerto Argentino, tuvimos un ataque de un helicóptero, sufrimos una baja, un herido en el abdomen que lo asistí en el sobrepunte de comando. Yo era enfermero del Guardacosta y tuve que subir a donde estaba este hombre herido y tuve que bajarlo en medio del fuego y llevarlo al puesto sanitario que era el camarote del comandante, estabilizarlo, compensarlo y llevarlo hasta el hospital de Puerto Argentino. **CAPACIDAD GRADO 4.**
2. En reiteradas oportunidades tuve que asistir a heridos de otras fuerzas que acudieron al puesto de socorro y llevarlos al hospital, incluso los últimos días cuando éste era abatido por la artillería enemiga con ambulancias desprovistas de elementos sanitarios con custodia para nuestra integridad, los teníamos que llevar, venía la gente, los teníamos que llevar al hospital pero eran vehículos que teníamos que sustraer a los jefes de ejército que no nos querían dar para desplazarnos y llevar a los heridos y siempre nos complementábamos con algunos sargentos que conocíamos de ahí para usar los vehículos y llevarlos al hospital, teníamos designado un puesto de socorro que estaba en la plaza del gobernador en la zona del muelle de la gobernación y los últimos días 13, 14 de junio lo que más me recuerdo y me molesta mucho es que no me dejaron ir a atender a los heridos que estaban bajando de otras posiciones, me prohibieron que me moviera de esa trinchera para ir a atender esa gente, oía los gritos y eso me sigue pegando. **CAPACIDAD GRADO 4.**
3. Tuve que improvisar elementos de sanidad porque no nos habían provisto de elementos, tuvimos que robar cosas de sanidad para poder tener medicamentos para la gente, ellos de acá se ocuparon únicamente por darnos un fusil, cosa que no nos correspondía y después nos llevaron a improvisar todo porque no había nada en condiciones para poder asistir a la gente de por si los de la otra prefectura eran unidades inapropiadas para el lugar así que era todo improvisado. **CAPACIDAD GRADO 2.**
4. El 14 de Abril llegué al Puerto Argentino, primero estuve un par de noches durmiendo en el A.R.A. Bahía Buen Suceso; después nos llevaron al Apostadero Naval, a mí me tocó en la prefectura y de ahí cumplimos las funciones hasta el final. **CAPACIDAD GRADO 1.**
5. Otra situación que tuvimos de combate directo fue cuando fuimos a buscar un grupo del ejército que había quedado replegado fuera de la lengüeta de Puerto Argentino y que venía combatiendo en forma directa con unas patrullas de las fuerzas británicas y nosotros salimos con la unidad (fue el 12 o 13 de junio) de buzos tácticos para ir a rescatar esa gente, rescatamos un patrulla de gente que sería unos 7 a 10 chicos y

creo un cabo y un sargento, los últimos metros entró la unidad de guarda costa en combate con esta gente de ejercito para cubrir el repliegue de la gente y se replegó. A los 100 metros que nos quedamos de la costa los tácticos se destacaron y trajeron a un grupo y se hizo un poco de fuego con la ametralladora 12 con 7 que teníamos en el guardacostas para cubrirlos. **CAPACIDAD GRADO 3.**

6. El ataque este no figura en ningún lado por la fecha y el horario es la primer ataque directo que sufre una unidad de superficie contra una unidad aeronaval británica, es el primer combate aeronaval que hay en la historia Argentina, es este el primero de Abril, aparte de ser la primera era una unidad que estaba tripulada por personal civil porque era toda gente de prefectura y el único personal militar que estaba a bordo era yo. **CAPACIDAD GRADO 2.**
7. Nosotros veníamos de hacer una misión por Darwin, habíamos salido el 14 de abril más o menos y dentro de las misiones que nosotros hacíamos era por decir que teníamos mejor situación de radar nos mandaron con el Forrest, que era un carguero, entonces fuimos a llevar comida, etc, ahí esperando que nos habilitaran para entrar a la zona de Puerto Argentino, la gente no nos dejaba entrar por que estaban previniendo un ataque, era cómico porque unas horas antes una puna de aviones estaba sobrevolando nuestra proa frente a la bahía donde estábamos fondeados y después a las 2 o 3 horas en popa veo un helicóptero que pensábamos era nuestro, el tipo sobrevoló y nosotros empezamos a reprimir el ataque porque los teníamos ahí a 100 metros, yo creo que los tipos se sorprendieron al igual que nosotros, el ataque se desplegó con armas largas, el único fusil automático lo tenía yo, el resto era FM y se trababan, no nos mataron porque se asustaron al igual que nosotros porque sino nos tiraban una granada o nos respondían con ametralladora. **CAPACIDAD GRADO 3.**
8. Después el miedo, cuando llegamos al puerto, llegamos abandonamos el Guardacosta con miedo y nos fuimos a dormir a la Prefectura. Fui al lugar donde lo abatieron a este chico y vi los impactos y fue ahí que más miedo me agarró, decía yo atendiendo a este tipo y los impactos caían alrededor mío, incluso en el camarote del comandante habían entrado un par de impactos. **CAPACIDAD GRADO 4.**
9. Nos mandaban a hacer misiones como por ejemplo guiar radares y ahí nos podían destrozar, un par de veces incluso en el radar se vieron un par de lanchas, de comandos ingleses en las afueras de Puerto Argentino, pero no pudimos hacer nada porque no teníamos ni gente entrenada ni armamentos adecuados para retener nada. **CAPACIDAD GRADO 3.**
10. Previo a la inminente rendición, nos propusimos sabotear la unidad, hundir el guardacosta o escaparnos los 7 tipos que éramos, pero me vino la orden del almirante Otero que las unidades se tenían que entregar como estaban. **CAPACIDAD GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Yo entré a la marina con 15 años. Lo que me desagrada es que no puedo disfrutar los fuegos artificiales, me recuerda todo eso.
2. Hay noches que no puedo dormir, me acuesto bien y se me despierto no puedo volver a dormir, me despierta la angustia y creo que estoy durmiendo en mi posición o en el guarda costa; yo tenía miedo en ese momento porque nadie nos ayudó.
3. Cuando escucho la radio de los veteranos me engancha mucho y empiezo a recordar todo de la isla.
4. A veces soy agresivo, reacciono mal con mi señora o mis nenas, soy muy agresivo,
5. Trato de evitar ceremonias, medalla todo eso, es como que no me satisface más, al contrario, me pone triste, me dieron una medalla por el valor en combate por atender al chico bajo fuego enemigo arriesgando mi vida.
6. Cuando llegué a mi casa con la medalla se la di a mi hija, me entré a mi pieza y me puse a llorar como 2 horas, me genera angustia,
7. Me invitan para ir a reuniones y no quiero ir, no quiero saber más nada. Pasaron 20 años y no les dan información. El momento más traumático es la atención del herido, el shock, mancharme con la sangre, el volver a Buenos Aires, no tener contención de mis superiores, me tuve que ir de Ezeiza a mi casa en colectivo con la ropa ensangrentada.
8. Más hay una relación cuando vienen las fiestas, varias veces por semanas. En mi cumpleaños me viene el recuerdo este porque es una fecha especial (2 de Marzo) porque tenía amigos que me visitaban y todo eso, pero se murieron. Evito tener conversaciones al respecto, me retiro del lugar me aislé. No me gustan las reuniones, ceremonias, nada de eso.
9. Hay cosas que no me acuerdo, una vez me impresionó ver una simple herida, después de salir de las Isla dormí como 2 o 3 días , eso me acuerdo, pero otras cosas no me acuerdo, simplemente partes.
10. Muy seguido me siento aislado, disfruto de mi soledad, puede ser que se relacione con las situaciones traumáticas que viví.
11. Perdí mi primer matrimonio, soy separado y a veces lo atribuyo a la guerra, ahora vivo en pareja.
12. Ya no siento emociones. Me cuesta mucho conciliar el sueño.
13. Antes de la guerra estaba estudiando, después hice un paréntesis y lo fui retomando de poco.
14. Una vez por semana tengo un sobresalto.
15. Me siento culpable de haber sobrevivido a la guerra.

CASO XV

Acontecimientos:

1. Manejar un camión de abastecimiento de municiones y ver venir un avión bombardero, correr al pozo de zorro y sentir que no puede llegar. Estuvo declarado como desaparecido y le comunicaron a los padres que él había muerto, porque si bien había dejado el radio prendido, estuvo durante tres días en la trinchera con el capitán, pero no contestó por miedo a que sea interceptado y vuelvan a tener un nuevo ataque aéreo.
2. Cuando comenzaron a venir las bajas, le encargaron el traslado de cuerpos. Los heridos a los hospitales y los muertos al traslado de la morgue.
3. Después de un ataque auxiliar a un compañero que luego murió en sus brazos. El le decía "mamá, mamá" antes de morir.
4. Chicos que fueron con él a la guerra y después tuvo que irlos a buscar, estaban la mayoría decapitados y tenía que identificar a quien le pertenecía el cuerpo y luego ponerlos en bolsas de plástico. "Me cagué en las patas al ver el cuadro, fue muy duro para mí".
5. Cuando estuvo prisionero, si bien no había visto a los gurcas actuar en el momento de la masacre, cuando los vio a la distancia sintió mucho miedo y terror, eran tan chicos esos monstruos gigantes y la pinta que tenían, sentí mucho miedo. (él mide 1,65 mts. Aprox.).

Reexperimentación:

1. Actualmente tiene adicción a las drogas, pesadillas con cuerpos mutilados, la escena del ataque aéreo y visualiza como si estuviera corriendo en cámara lenta.
2. Escena de los cuerpos en el camión.
3. Escenas de los gurcas y los escoceses.
4. Visualiza colores como el amarillo anaranjado, siente el olor a pólvora
5. Conductas de evitación de los días festivos.

CASO XVI.

Acontecimientos:

1. Integrante del Batallón Comando destacados en Georgia, junto con los buzos tácticos teníamos que brindar seguridad al personal civil que se encontraba en dicho lugar desarrollando actividades de desmantelamiento de la factoría ubicado en Puerto Lewit. La tarea de desembarco se desarrollo el 25 de Marzo, la operación fue muy mala porque faltaron medios, desembarcamos a la madrugada y estábamos bajo la observación del enemigo que no había abierto el fuego porque

no se habían iniciado las hostilidades. De todas formas se presenta un incidente con el izado del pabellón Nacional, con el cual los británicos se hicieron presentes a pedir explicación y exigir su arriado, no se accedió a dicho pedido a cabo de un extenso dialogo; los ingleses se retiran. Luego se suceden los desembarcos en las islas Malvinas el 2 de Abril y el 3 se desembarca las tropas nuestras en Greenviken. Para este segundo desembarco, fuimos embarcados en en buque A.R.A. Bahía Paraíso el 3 por la mañana y nos trasladamos de Greenviken para dar un refuerzo en el desembarco a los Infantes de Marina, recuperando dicho puerto. **CAPACIDAD DE AGRADO 1.**

2. Cuando comenzamos a revisar las armas que llevamos ya en el puerto de Greeviken para enfrentar las diferentes situaciones nos encontramos que teníamos fusiles con un solo cargador, mortero de 81 con munición iluminante que no corresponde, porque eso es para iluminar el combate no para atacar al enemigo. Siempre existió la sensación de estar destinados a provocar situaciones de víctimas y ponernos frente a los ingleses para no hacerles daño porque con ese armamento era imposible hacerle frente a nadie. Cuando tuvimos que enfrentar a los ingleses la situación que recuerdo siempre de las bajas es que a un hombre de la sección del Teniente Luna que un proyectil de FAL le destrozó la cabeza. Tuvimos situación de combate en patrullas nocturnas en Puerto Strommes. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
3. Tengo las imágenes de desembarco de los ingleses el 25 de Abril fecha en que fuimos prisioneros. Ellos tenían apoyo no sólo naval sino también aéreo, era imposible resistir al combate de ellos por la superioridad no sólo numérica sino también de medios. Cuando nos rendimos, comenzaron a aparecer ingleses por todos lados, estábamos rodeados sin ninguna posibilidad de hacer nada. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
4. Fuimos hechos prisioneros y la permanencia en el buque era un hecho que nos dio miedo, porque nos podían matar o encerrar indefinidamente en las cárceles inglesas y ahí me generó un grado de claustrofobia a partir de ese momento. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Actualmente soy miembros activo de la comunidad de alcohólicos, inclusive estoy haciendo guardias por 24 horas. Yo me sentí abocado a la bebida a partir de la vuelta del conflicto bélico.
2. Tengo muchos recuerdos de lo vivido en ese momento y siento una gran soledad, siento una pérdida por todo lo que sucedió, estoy muchas veces deprimido pero ahora con la comunidad estoy mucho más fuerte porque estoy volviéndome a creer en la sociedad.
3. Cada vez que pienso en mi pasaje por la vida militar siento molestia con la Institución y considero que hay mucha hipocresía y la sociedad se está olvidando muy rápidamente de las cosas que hemos vivido.

4. El contenido de las pesadillas que tengo muchas veces, es cuando aparecen los Ingleses desembarcando y yo los veo desde una altura sin poder hacer nada.
5. Sueño con que estoy navegando, el olor particular de la bodega donde estamos, los centinelas mirándonos permanentemente.
6. Hay días que me aparece el cadáver del compañero muerto, todo ensangrentado con la cabeza rota. Y siento mucha culpa.

CASOXVII.

Acontecimientos:

1. Mi desempeño en la guerra fue como tripulante del Destructor A.R.A. Piedra Buena que juntamente con el destructor A.R.A. Bouchard navegaba con el histórico A.R.A. General Belgrano. En aquel fatídico día 2 de Mayo en el que torpedearon nuestro crucero, también lanzó torpedos a ambos destructores, uno pasó por nuestra popa y el otro impactó en Bouchard sin explotar su carga, se hicieron maniobras evasivas y después volvimos con un mar que era muy malo, era un día 7 no se veía nada, había mucha neblina. Recuerdo sobre cubierta estar viendo si había algún indicio del crucero Belgrano pero no se veía nada, estábamos permanentemente con el temor de que el submarino que estaba en zona, nos pudiera volver a torpedear. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Recuerdo las balsas, por una parte la alegría de encontrar gente y segundo, encontrar gente en el estado en que las encontraba y además encontrar gente muerta en la balsa me ponía mal, pensé que en momentos iba a llorar pero no lo hice. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Por momentos sueño estar en cubierta y tener mucha bruma, despierto y después vuelvo a dormirme pero es una sensación muy mala.
2. Los días con neblina siento una sensación en todo el cuerpo. No puedo soportar muchas veces la alarma de algunos autos porque me recuerda a las sirenas de abordó.
3. La vez pasada estaba esperando a unos familiares en el tren y había neblina me puse muy ansioso y quería irme enseguida de la estación.
4. Por momentos aparecen ráfagas se cuando aparecían las balsas anaranjadas, cómo aparecían y desaparecían con las olas.

CASO XVIII

Acontecimientos:

1. Estaba en el batallón de Infantería Marina Nº 5 en el pelotón del segundo grupo de la segunda sesión de la compañía H, era soldado clase 62 estaba cumpliendo el Servicio Militar obligatorio, fui a la isla el 25 de Abril, estuve en Puerto Argentino y me destacué en la primera línea de combate. Estuve en combate con los ingleses, recuerdo que en mi posición se veían muchas bombas que caían cerca nuestro, compañeros que estaban destrozados y sentía muchos gritos, mucho miedo, en varias oportunidades comenzaba a gritar y abría fuego contra todos los movimientos que veía frente mío. Por otros momentos sentía mucho miedo y me ocultaba y veía los proyectiles trazantes de los ingleses que pasaba muy cerca de mío y por momentos no quiero recordar las cosas que he vivido en ese momento. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Por momentos tenía el problema de que la munición se me había humedecido y tiraba algunos tiros y después se trababa y tenía que sacar la vaina que no me servía para seguir tirando. Me costaba mucho defender la posición debido a que tenía que interrumpir los disparos para destrabar mi arma. Tenía mucho miedo porque sabía que donde me descuidaba era blanco perfecto para que me mataran. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
3. En un momento nuestro jefe le comunica a la artillería propia que batan sobre nuestra propia zona porque estamos prácticamente luchando cuerpo a cuerpo con los ingleses y yo pensé que en ese momento iba a morir, tenía miedo, pero por otra parte estaba con la mentalidad de combatir. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. De noche me despierto con mucha transpiración y angustia, recuerdo el momento en que caían bombas cerca de mi posición, también gente que pedía ayuda, hay momentos que siento mucha angustia porque siento que el fusil no me funciona y yo lo quiero destrabar y no funciona, me angustia mucho.
2. Pienso mucho en situaciones de combate, tengo mucho miedo, por momentos pienso que estoy volviendo a vivir momentos de la guerra y me angustio.
3. Los días grises con lluvia me ponen mal.
4. Evito las patotas y cualquier pelea porque me siento muy inseguro.
5. En navidad evito los fuegos artificiales, cuando siento un petardo estoy pensando si relacionarlo con una 22 o 9 milímetros y me pongo a analizar con que tipo de arma me están tirando.

CASO XIX

Acontecimientos:

1. En el conflicto me desempeñé en el submarino A.R.A. Santa Fe como maquinista de motor de proa y en el puesto de combate hacía el balanceo en la inmersión. Lo que recuerdo como más relevante es el momento en que el cohete impacta la pierna del Cabo Masias, Carlos Potes y yo lo trasladamos hasta el comedor donde fue atendido por el enfermero Tunes y fue muy duro porque me di cuenta que todo había comenzado. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Recuerdo el momento en que tuvimos que rendirnos porque no podíamos enfrentarnos a un enemigo tan superior en número y armas, sentí mucha tristeza e impotencia. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
3. El acontecimiento que más me golpeó fue el momento en que el Cabo Masias perdió la pierna, la muerte de Artuzo y el ver el Pabellón Argentino cuando lo arriaban. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
4. Estuve prisionero en una bodega de un buque de transporte inglés y de ese acontecimiento me acuerdo muy poco, sólo que pasaban los días. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. El sueño cuando el cohete impacta, la sangre, el olor a pólvora, los gritos de Masias, la impotencia de ver que no puedo hacer nada por la pierna, no solamente me vienen esas imágenes sino que también lo sueño.
2. Muchas veces cuando veo películas de la segunda guerra mundial y veo submarinos me pone muy mal, inclusive por lo general me encuentro con que me deprime pero no puedo de dejar de ver esas películas.
3. Estoy muchas veces agradecido por el valor y el profesionalismo de mi Comandante, sin él no se que iba a pasar, posiblemente en estos momentos no estaría con vida.

CASO XX.

Acontecimientos:

1. Estaba en la Fuerza Aérea como conscripto, llegué a puerto Argentino el día 4 de Abril, mi lugar estaba en la trinchera cerca de la pista de avión. Como bombardeaban mucho esa zona nos escondimos en las colinas, recuerdo que en un bombardeo, una bomba le arrancó las piernas a García, el de Buenos Aires. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Los últimos días estaba armado con fusil y la pasábamos cargando municiones. Cuando nos bombardeaban yo sentía mucha impotencia porque no les podía responder. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
3. En la rendición entregamos todo y a mi me ordenaron juntar los escombros y quemar la basura. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Lo que más recuerdo es cuando las bombas arrancaron las piernas a García.
2. Recuerdo los aviones propios que caían, uno cayó justo del lado del mar.
3. Tengo pesadillas de la bomba que le arrancó la pierna a García, los gritos, siento que estoy por momentos viviendo en el Pozo de Zorro y veo los fogonazos de las explosiones. Me sobresalto fácilmente.
4. Evito estar con la gente sobre todo cuando me preguntan por la guerra. Los días nublados o lluviosos estoy muy irritable.
5. Me sobresaltan mucho los truenos y relámpagos, no sé donde ponerme.

CASO XXI.

Acontecimientos:

1. Mi rol durante el conflicto de Malvinas fue a bordo del crucero General Belgrano como mecánico de armas a cargo de la batería 40 milímetros, mi jerarquía era Cabo Segundo y el regreso al continente fue el día 8 de Mayo, el 2 de Mayo sufrimos un ataque sorpresivo con dos impactos de torpedo, estaba en cubiertas inferiores y llegó a cubierta entre el fuego y el humo que había en popa, había mucho temor por los estallidos de depósitos de pólvora en cadena y lo peor saber que había un inminente abandono y la incertidumbre, la sobrevivencia dado que el mar estaba muy fuerte posiblemente grado 7 y el buque se estaba escorando cada vez más, sentía gritos a medida que iba subiendo, había mucho humo y una ansiedad y angustia muy fuerte. Pudimos llegar a la balsa y al momento de estar dentro de ella la mayor preocupación era alejarnos

del buque para que no nos succione al momento que se hunda, fueron momentos muy dramáticos que nunca voy a olvidar. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

2. Sentí mucha impotencia en el ataque al no poder responder esa agresión. **CAPACIDAD DE GRADO**
3. Me sentía muy mal cuando veía alejarse los destructores que siempre nos escoltaron, sentí un vacío y un dolor y a la vez también incertidumbre porque no sabía cual era la suerte. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
4. Durante la guerra estuve embarcado en el crucero A.R.A. general Belgrano, había una situación que siempre me generó un malestar y me hizo sentir mal con respecto a la fuerza, razón por la cual decidí irme de la Marina, nosotros estamos navegando y siempre estamos en primera línea y posteriormente habían dos buques que nos hacían custodia, uno el destructor Boushar y el otro el destructor Piedrabuena, siempre que estaba por cubierta veía la silueta de los dos buques y lo veo incluso al mediodía después de almorzar cuando salimos a cubierta principal con un par de compañeros, fumamos un cigarrillo y notamos que los destructores nos seguían a todas partes siempre con la misma posición, la distancia que nos separaba era de una milla, al momento del ataque cuando subo a cubierta principal me encuentro que estos destructores hacían señales con luces, se le veía la estela de la popa ya que estaba en dirección de alejamiento del crucero. Lo que me molestó fue que sentía abandono porque nos abandonaron en el océano, no nos podíamos transmitir porque habíamos quedado sin fuerza electromotriz. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
5. Durante el momento del abandono he visto muchos compañeros quemados y heridos. Mucho humo al momento que tuve que abandonar el buque y tomar la balza. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
6. En la balsa tuve que soportar la lluvia, el temporal, las olas muy grandes y esperar a que nos rescaten. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Todavía siento las voces pidiendo auxilio.
2. Me despierto muchas veces sintiendo que me falta el aire.
3. Los días grises, nublados, con lluvia, siento mucha ansiedad y miedo.
4. Evito encontrarme con familiares de camaradas muertos.
5. Sueño con compañeros heridos, quemados, el humo, me despierto y me cuesta mucho volver a dormir.
6. Muchas veces se agolpan los pensamientos del momento en que quedamos abandonados, no soporto siquiera la idea de abandono.

CASO XXII.

Acontecimientos:

1. En el año 1982 fui el encargado de pañol general de electricidad del Portaaviones, viví con mucha ansiedad el hecho de ir a la guerra y al momento que tuvimos que zarpar de Puerto Belgrano estábamos con la sospecha que algo raro sucedía y con la navegación comenzamos a recibir información de lo que estaba sucediendo y estaba muy contento con mucha sensación de poder y ser protagonista de un hecho muy importante para la historia del país. **CAPACIDA DE GRADO 1.**
2. El día 2 de Mayo no lo voy a olvidar más, fue un día muy triste porque ese día perdí dos primos que están a bordo todavía. Cuando nos enteramos del hundimiento del Belgrano. **Capacidad Grado 3**
3. Teníamos mucho miedo, la alarma sonaba permanentemente había mucha incertidumbre no se sabía que iba a suceder, se sabía que el portaaviones era buscado para ser hundido por su gran capacidad bélica y en todo momento teníamos la sensación del ataque. Había una necesidad de ver el mar para detectar periscopios. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Cada vez que veo familiares que están involucrados por el hundimiento me siento muy triste.
2. Cada 2 de Mayo me siento muy impotente y muy vulnerable.
3. Sueño con la sirena de combate, era muy particular, el techo gris del camarote, siento cierta angustia todavía.
4. Los días grises y lluviosos me pongo muy ansioso.

CASO XXIII.

Acontecimientos:

1. Estando en la Base Aeronaval Punta Indio haciendo mi conscripción fui trasladado a la Base Aeronaval de Río Grande y allí solicite ir voluntario a las Islas. Para poder lograrlo motive a once conscriptos más para hacer una solicitud más formal ya lo conseguí. El día 19 de Abril ya estaba en Puerto Argentino formando la dotación Aeronaval de la pista de aviación. Antes del conflicto era mucho compañerismo, trabajo forzado, hacer trincheras, todo lo que era parte de la misión, guardias nocturnas. Con el bombardeo del primero de Mayo en el aeropuerto empezó todo, donde se destrozó gran parte de las instalaciones que habíamos hecho en la pista. En el momento del bombardeo yo estaba

durmiendo, lo único que recuerdo era los impactos de la bomba que eran tremendos eran como terremotos, el olor de la pólvora, el fuego, el olor a material quemado, el miedo de salir corriendo porque teníamos casi 300 tanques de combustible debajo nuestro durmiendo de aeronafra, salir en patas sin nada, sin casco, corriendo a mitad del monte a meternos a una trinchera, gritos, muerte, olor, confusión, terror, todos los sentimientos digamos, nunca había experimentado esas sensaciones de no saber que hacer y de que era en serio, había gente muerte, aviones sobrevolando tirando balas, bombas por todo lado y era a nosotros porque éramos un radio muy pequeño así el objetivo del blanco éramos nosotros. **CAPACIDAD GRADO 3.**

2. Después del primero de mayo me quedo una sensación de temor paralizante, a pesar de que en la trinchera yo consumí una pastilla de Valium que me mandó mi vieja por las dudas de una crisis nerviosa, tuve la crisis y la tomé y quedé medio falopeado; me sacaron de ahí sin ser consciente de la totalidad de los hechos, quedé con mucho temor, no podía dormir fácilmente por temor a tener que salir corriendo de vuelta, tampoco comía, me agarró un sentido de que me estaba muriendo lentamente ahí, que el ambiente bélico me estaba haciendo mal por dentro, tal es así que bajé de peso de forma considerable, bajé a 42 kilos, me agarró la gripe, estaban bajas mis defensas, estaba deprimido, estaba ahí muerto en vida. Ya no estaba en condiciones de nada, pasaban revistas para ir al frente y comenzaba la lucha de cuerpo a cuerpo, me inmovilizaron dos veces, pero sentía cómo que venían tras mí, donde yo iba, nos atacaban toda la noche, cuidábamos en los pueblos hangares, que eran posibles entradas de los ingleses, los tipos lo sabían y por eso nos atacaban con todo. **CAPACIDAD GRADO 3.**
3. El 18 de mayo de 1982, me trasladaron al continente, mi cumpleaños era el 19, aterrizó en el continente y a partir de ahí me tomaron revistas y me mandaron a mi casa después de casi 30 días, así como estaba subí al avión y me fui a Ezeiza y de ahí un tío me esperaba y me llevo a mi casa con todo el equipo de combate. Me esperaban mis familiares con una torta por mi cumpleaños. **CAPACIDAD GRADO 0.**

Reexperimentación:

1. De ahí en más paso un tiempo que no pude dormir bien como 6 o 7 meses, no normalizaba mis funciones. Reexperimentaba los olores, los ruidos (las puertas, todo relacionado con el bombardeo) los gritos, las discusiones.
2. El hambre, porque en una de las misiones que nos mandaron en la pista nos dejaron a tres muchachos ahí casi 6 días con lo justo, se olvidaron de nosotros, 2 o 3 días nos pasamos sin comer, nunca experimentamos en la guerra lo que era sentarse a comer, todo era mate y listo, el frío,

hasta ahora muy pocas veces me senté a comer, solo tome mate y unas galletitas, muy pocas veces me doy ese lujo cuando hay cariño.

3. Las fiestas de fin de año las vivo con mucha ansiedad en el momento en que todo el mundo comienza a festejar con pirotecnia.
4. Los días grises me ponen muy ansioso, por momentos tengo ganas de morirme. Pienso ser voluntario y volver a la guerra porque siento que tengo una cuenta pendiente.

CASO XXIV.

Acontecimientos:

1. Mi participación en la guerra fue voluntaria, soy civil, salí de Mar del Plata, el objetivo era hacer espionaje sobre los movimientos de la flota inglesa y comunicarlo a la central de comunicaciones Puerto Belgrano, teníamos que decir la cantidad y tipo de buques que avistábamos. Fuimos interceptados por una fragata inglesa y nos obligo a retirarnos de la zona bajo la amenaza de hundirnos. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Nuestra situación fue traumática cuando nos enteramos por radio que habían hundido al buque pesquero Narwal que estaba en nuestras mismas condiciones, el barco mío se llamaba Mar Azul, al momento de enterarnos del hundimiento de Narwal nos sentimos que estábamos solos en medio del atlántico sin ningún apoyo militar y con los barcos ingleses encima nuestro. Sentí mucho miedo junto con la tripulación porque nos podía pasar cualquier cosa y nos dimos cuenta que no podíamos hacer nada y no sabíamos si podíamos subsistir o sobrevivir. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperientación:

1. Sueño con la fragata gris plomo inglesa, que se acercaba y el barco nuestro era muy chico con respecto al tamaño de esa fragata y me despierto sobresaltado.
2. Los días grises con mucha bruma, lluvia y frío siento una sensación de malestar.
3. Me costó mucho tiempo poder ver de cerca a los buques de guerra en navegación sin sobresaltarme.

CASO XXV.

Acontecimientos:

1. El 4 de Abril me traslado en avión Hércules a Puerto Argentino, pasa ahí hasta el 20 de Abril, la misión es de custodiar la pista de aterrizaje en la Isla Bordón trasladándolos a ese lugar en el cual se encontraba presente frente del estrecho San Carlos en la Isla Gran Malvina. No se contaba con armamentos antiaéreo para defender la isla, solamente se tenían armas livianas, ese hacía prácticamente la misión impracticable, de todas formas se tuvo un rendimiento decoroso, estuvo permanentemente la pista bajo fuego de los aviones, bombas y ametrallandonos permanentemente. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. El día 14 de Junio nos rendimos por la superioridad del enemigo. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
3. Estando prisionero tenía que recoger los cuerpos de los camaradas, sacarlos de la trinchera, del pozo de zorro, estaban muy mal trechos los cuerpos y había que juntarlos y ponerlos en bolsas de nylon. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Recuerdo los momentos en el cual veía acercarse a los helicópteros y tenía mucho miedo.
2. Sueño el momento que tenía levantar el cuerpo de los heridos y los muertos, ponerlos en la bolsa, fue una situación bastante tremenda.
3. Estoy permanentemente con la sensación que me están apuntando, observando.
4. De noche me despierto por sueños en que me aparecen las escenas de las bombas, los estruendos, el olor a pólvora también lo llego a oler. Me quedo por mucho tiempo despierto hasta que vuelvo a dormirme.

CASO XXVI.

Acontecimientos:

1. Pertenece al ejercito que llegó el 7 de Abril. Precisamente estaba en el monte London cuando comenzamos a recibir ataques de bombardeos navales y aéreos, nos trasladamos a monte Kent. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. El momento que más recuerdo y con más dramatismo viví fue en la noche del ataque final, esa noche veo un gran alboroto y veo gente corriendo, habían atacado el regimiento 4 que estaba delante de nosotros, estaba más en la línea roja, yo tenía mucho terror no descartaba el miedo, fue una noche trágica porque había gente ensangrentada y entre medio de eso sentir bombardeos, ver tiros,

escuchar gritos. Ese momento hubo una orden de repliegue inmediato y fue desordenado, tomamos lo que teníamos en la mano e inutilizamos todo lo que dejábamos para que nadie no lo use y fuimos hacia la montaña, teníamos una incertidumbre porque nadie sabía que íbamos a hacer, no llegaban ordenes. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

3. Una vez que nos llegamos a replegar comenzamos a recibir pertrechos porque estábamos bajos de municiones, íbamos nuevamente al ataque, me voy con seis soldados más de mi grupo. Me da mucha bronca por esa desorganización, peleábamos con lo que teníamos, con armas portátiles. Yo era jefe de un grupo de mortero y no lo teníamos porque tuvimos que destruirlo ya que era muy pesado para llevarlo. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
4. Estaba detrás de una roca, los británicos utilizaban mucho municiones trazantes, las balas rebotaban en la piedra, nos desplazamos un poco y nos dimos cuenta de que los británicos ya nos habían sobrepasado la posición nuestra, no nos habían visto y siguieron adelante entonces tuvimos que intentar replegar y estábamos muy lejos de Puerto Argentino y no teníamos armas porque ya no nos servía las que teníamos y con mucho miedo de que nos mataran. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
5. En el traslado vi mucha gente herida, mutilada, sangre por todos lados, la guerra seguía. Para volver a Puerto Argentino corríamos, caminábamos, gateábamos e incluso nos arrastrábamos por el piso para que no nos vieran, el fuego era intenso y no se podía ni levantar la cabeza, había mucho frío, miedo, los soldados me pedían volver. A la entrada de Puerto Argentino cae una bomba y mató a uno de mis soldados, me dio mucha bronca y lloré mucho, era como que en el último momento perdías todo lo bueno que habías hecho, después volví a encontrarme con mis compañeros, mis jefes y mis padres. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
6. Al momento de estar prisionero había gente amontonada, viví 6 o 7 días prisionero en un galpón con más de 500 soldados y ahí teníamos que estar todos juntos, dormíamos, hacíamos nuestras necesidades y estábamos uno pegado con el otro. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Recuerdo la bomba que cayó en Puerto Argentino y murió uno de mi gente, lo recuerdo mucho y sueño muchas veces.
2. Sueño con la noche, sombras, oscuridad, relámpagos y siento la sensación de frío, me cuesta mucho dormirme.
3. Siento mucha pena por la gente que cae, no dejo de pensar en eso y me siento muy mal. Recuerdo los bombardeos sobre nosotros, las bombas de los aviones, los barcos, yo estaba en un lugar donde todos pasaban

por arriba nuestro, los tiroteos inclusive ametrallaje por parte de los aviones, estaba en un lugar donde teníamos que estar alerta. Al día de hoy si siento un ruido de avión, humo o el humo de la pólvora siento mucha sensación y me pone muy mal.

4. Trato de evitar el amontonamiento de personas porque me recuerda cuando estaba prisionero, no voy a conciertos y cuando empieza a acumularse gente me pongo ansioso y me voy.

CASO XXVII.

Acontecimientos:

1. El desempeño que tuve en la guerra fue el de estar a bordo del crucero A.R.A General Belgrano. Ingresé a la Armada en el año 1975 y estaba a bordo del buque hacía un año con el grado de cabo primero. Mi rol a bordo era auxiliar de máquinas y el puesto de combate era control de averías en popa. Recuerdo que estaba caminando en la 2ª. cubierta y me encontré con la explosión y el buque se escoró, había muchos gritos, estaba oscuro comencé a ver mucho humo, inmediatamente comencé a arrastrarme por las escaleras para poder salir. Recuerdo que tuve que auxiliar a un compañero que estaba golpeado por algo que le cayó encima, había gritos y comencé a subir; al momento que llegue a la superficie fui a mi balsa. Tuve muy poco tiempo para ayudar a la gente, realmente sentí mucha ansiedad y por otra parte me resultaba increíble que mi buque se estuviera hundiendo, yo había visto películas pero esto era distinto, tenía muchas dudas de dejar el buque, tomamos la balsa fuimos nueve personas las que subimos ahí y empezamos a alejarnos porque el buque al hundirse iba a hacer como un remolino y succionar la balsa hacía adentro por esa razón tuvimos que alejarnos. **CAPACIDAD GRADO 3**
2. Recuerdo el momento en que se hundió, sentí tristeza porque había muchos compañeros vivos ahí, no sabía quienes, sentí mucha culpa por eso de no haber podido hacer más. Recuerdo las olas, había un mar 6 . Sentí en toda la permanencia mucho frío, nos abrazábamos entre nosotros para poder tener mejor grado de calefacción. **CAPACIDAD GRADO 4**
3. Fueron casi tres días que estuve en la balsa con mucho frío y desesperanza, al momento de ver el Piedrabuena me sentí muy bien realmente, son situaciones extremas y que cuando me acuerdo me angustio mucho, cuando veo familiares de personas que quedaron en el crucero me pongo muy mal y en las fechas de aniversario del hundimiento también. **CAPACIDAD GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Sueño con pesadillas con situaciones de mucho apagón alrededor mío, de estar arrastrándome, subo escaleras y lo alcanzo, siento ahogo, necesito aire y me despierto.
2. Todo lo que sea humo, negro siento como rechazo, me cuesta mucho ver quemar un neumático.
3. Evito concentraciones donde hayA mucha gente en un lugar cerrado.
4. Los días grises y con bruma me ponen muy mal, siento no solo frío sino que me duelen las articulaciones.
5. Hay momentos que cuando voy a algunas estaciones de servicio, siento olor a gasoil y se me presentan escenas del hundimiento y me angustio.

CASO XXVIII.

Acontecimientos:

1. Perteneecía a la Fuerza Aérea, estaba en la clase 63, fui a la guerra el 10 de abril en un Focar 27, estuve en toda la guerra hasta 4 días después de lo que nos rendimos. Recuerdo bombardeos en el aeropuerto y un compañero murió en el primer bombardeo, recuerdo que él gritaba, pedía que por favor lo salven pero no se podía. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Hubo aviones que casi cayeron sobre nosotros y había aviones que hacían peleas de perro, como se decían no recuerdo si eran ingleses, uno creo que era ingles y otro argentino; cayo cerca del faro. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
3. Después de la rendición vi un montón de gente sin piernas sin brazos, cuando nos rendimos en el Bahía Paraíso era hospital, había gente sin piernas sin brazos, había gente completamente mal. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
4. Nos hacíamos el bocho que los ingleses que nos iban a degollar y nos hacíamos el bocho día y noche con el temor en la isla, de ahí puede ser el miedo que tengo de que alguien me quiere acuchillar. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Tengo mucha picazón en el cuerpo especialmente en invierno y hay momentos que inclusive duermo con la luz prendida.
2. Temblor en la mano y los días con mucha humedad, grises, lluviosos siento hormigueo en todo el cuerpo.

3. Cuando estaba dormido o entre despierto yo lo veía al soldado García mientras estaba yo en el pozo y él en una carpa. Siempre recuerdo que García tenía miedo de morir, él pedía que le manden a esa carpa a buscar combustible porque no quería pelear cuerpo a cuerpo con los ingleses, él quería ir con la mamá y el papá porque era hijo único varón y ahí me decía: "Yo tengo miedo de morirme", jamás me olvido, él lloraba porque no quería morir, esas lágrimas antes de morir no las olvido, las recuerdo en los sueños y muchas veces se me aparece cuando estoy despierto esa imagen.
4. En invierno tengo mucha picazón y veo la cabeza partida y el brazo caído sobre un hombro. Siento culpa de estar con vida, preferiría morir en la guerra y no venir a rabeear por lo que estoy rabeando acá. Siempre tengo sensaciones como que me van atacar o acuchillar.
5. No soporto los ruidos de aviones.

CASO XXIX.

Acontecimientos:

1. estaba embarcado en el destructor A.R.A Piedrabuena. En la guerra me desempeñé como marinero cubriendo varios roles de combate y estaba en navegación de guardia cuando siento el golpe del tortedo sobre el casco del Piedrabuena que gracias a Dios no explotó en ese momento, sentí mucho miedo y me recuerdo el safarancho de combate y supe por comentarios que el crucero había sido atacado y se había hundido, sentí mucho miedo y ansiedad. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Luego fui al rescate con la nave y encontraba muchas balsas, sentía alegría y por otra parte mucha ansiedad, al ver los primeros muertos en la balsa me sentía muy mala al recibir a los tripulantes de las balsas, había muchos y estaba trabajando para el traslado de los heridos y buscando otras balsas para rescatarlos. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Todo lo relacionan a los 5 meses que estuve en la nave desde el 1 de Marzo del 82 a Junio del 82. Ese periodo de guerra lo recuerdo perfectamente.
2. Recuerdo las primeras balsas, incluso la primera balsa con muertos, me sentí muy mal.
3. Recuerdo el maltrato recibido por los oficiales y suboficiales dentro el buque durante el conflicto, estaba todo el mundo de muy mal humor y como yo era de baja jerarquía era propenso a recibir un mal trato, las órdenes fueron dadas de una manera que en un momento de paz nunca se dieron.

CASO XXX.

Acontecimientos:

1. Estuve en la armada Argentina embarcado en el A.R.A. Piedrabuena, estaba destinado en la central de información de combate (C.I.C.), el buque tenía la misión junto con el crucero Belgrano de estar fuera de la zona de exclusión impuesto por el gobierno británico, la misión nuestra era interceptar buques y eliminarlos, el mar estaba agitado y cuando se produce el hundimiento del crucero General Belgrano fue muy triste para mí porque yo estaba durmiendo, había terminado mi turno de guardia, a las 12 había almorzado y me acosté, dormíamos en todo momento vestidos. Veo a la gente corriendo colocándose el salvavidas, la sirena de combate que sonaba y alertaba que teníamos que ocupar nuestro puesto de combate, llego y pregunto qué estaba pasando y me dijeron que habían bombardeado y entendía bien que era, nosotros teníamos en la guardia en el pantalla radar siempre el punto de crucero Belgrano que ya no estaba; me puse muy mal porque nos dimos cuenta de que lo habían hundido. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Cuando fuimos a rescatar los náufragos por momentos sentí mucha alegría cuando comenzaron a aparecer las balsas en malas condiciones, estaba la gente con frío y hambre. Siento mucha tristeza por compañeros que no volví a ver y que compartí muchas cosas días antes de la zarpada. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Tengo sueños o pesadillas generalmente cuando me junto con alguien en la misma situación y recuerdo imágenes que no me olvido de muchachos que nosotros rescatamos quemados, heridos, y otros nos pedían que los matemos, son situaciones que no me gusta recordar.
2. Evito hablar con la gente porque piensan que fue una aventura y no una guerra.
3. Muchas veces cierro mis ojos y veo una imagen de cuando yo estaba tranquilo durmiendo y la gente corriendo, siento al mismo tiempo la alarma, veo por pasillos gente colocándose el salvavidas, la imagen buscando en la pantalla el eco del crucero Belgrano que no lo veíamos. Recuerdo cuando volví y sentí una sensación bastante extraña porque experimentaba como si hubiera nacido de nuevo.

CASO XXXI.

Acontecimientos:

1. Estaba a bordo del destructor A.R.A. Piedrabuena como jefe de la Torre tres de tiro de los cañones de 5,38 pulgadas, entramos en zona de Malvinas el 29 de Marzo del 82 para la toma de las Islas y luego regresamos como escolta del crucero Belgrano. El primer momento más terrible para mí fue cuando torpediaron al crucero Belgrano porque se sintió el impacto desde el buque. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
2. Recuerdo el momento de la explosión del torpeo que sacudió nuestra unidad, se sintió realmente como si también hubieran pegado el torpeo en la unidad nuestra. Otros dicen que fue a nosotros también a los nos tiraron. Toda la tripulación quedamos alterados por el tema ese y no pudimos dormir esa noche. **Capacidad Grado 3.**
3. Otro momento que vivimos fue el rescate de los naufragos y también estar rescatando de las balsas los heridos y los muertos, sobre todo los muertos había que bajar y me toco sacar gente congelada de la balsa y además también estamos con el peligro de que nos pudieran atacar en cualquier momento. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Tomo hace más de 10 años medicamentos para poder dormir, siempre que sueño siento un sonido fuerte y me despierto, me cuesta mucho retomar el sueño.
2. Los ruidos, los tiros y explosiones de cohetes me alteran mucho.
3. Cuando recuerdo la situación de estar embarcado por momentos hasta tengo mareos y sudoración.
4. Evito hablar del tema sobre todo cuando me están preguntando cómo me fue en la guerra, qué es lo que hice, trato de evitarlo en todo sentido.
5. Recuerdo cuando tuve que bajar de una balsa y tuve que recatar a casi toda la gente que estaba en la balsa muertos y congelados.
6. Los días grises con bruma siento mucha sensación de opresión, estoy muy intranquilo y realmente estoy muy, muy alterado esos días.

CASO XXXII.

Acontecimientos:

1. El 27 o 28 de Marzo del 82 se embarcó en el buque de desembarco A.R.A. San Antonio rumbo desconocido, posteriormente era Malvinas, al amanecer del día 2 de abril desembarcaron la operación anfibia en la plaza de Malvinas, mi grupo tenía que tomar la estación meteorológica y encargados de los prisioneros de guerra en caso que estuvieran. En la operación en la entrada al pueblo fuimos recibidos por disparos de

ametralladora y tuvimos que desembarcar de los vehículos que estábamos en formación de combate y tomar el pueblo casa por casa.

CAPACIDAD GRADO 1.

2. Cuando estaba llegando al lugar del objetivo que tenía que tomar, toqué una alambrada y recibí una descarga eléctrica de estación de radio y la alambrada perimetral donde perdí el conocimiento por unos segundos. **CAPACIDAD GRADO 4.**
3. Luego retomé la primera línea de combate y nos dirigimos a la casa del gobernador donde estaba a cargo del comandante capitán Giachino donde nosotros seguimos recibiendo fuego de armas automáticas y de mortero. Vuelvo a la casa del gobernador, veo como hieren al cabo enfermero de apellido Durina y lamentando también la muerte del comandante y el herido del subjefe . **CAPACIDAD DE GRADO 2.**
4. Del 6 al 7 de abril fuimos llevados a Tierra de Fuego a los hangares de YPF donde estuvimos hasta finalizar la guerra. Día 13 de Junio fuimos a la Base Naval de Tierra del Fuego para ser trasladados a Malvinas y estando ya en el avión nos bajaron diciendo que no había al momento puente aéreo y el 14 de Junio nos informaron que terminó la guerra, me sentí muy mal porque yo quería volver a las Islas. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
5. Los acontecimientos traumáticos es el desembarco anfibio hacía una playa hostil tener gente cargo ver que no le pase nada y comenzar a recibir fuego de la ametralladoras. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
6. El golpe eléctrico perimetral de la radio. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
7. La muerte del capitán Giachino. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Después del conflicto tuve una tremenda depresión y comencé a tener problemas de liderazgo con mis superiores y tuve problemas de disciplina y yo siempre tuve alto concepto en actitud militar y tuve en el año 84 mi primer consejo de disciplina por agresividad.
2. En el 85 me dieron de pase, en el 87 tuve mi segundo consejo de disciplina por agresividad, el 88 me dan de baja obligatoria por indisciplina .
3. Pesadillas con el momento de desembarco y también con el momento de sentir esa descarga eléctrica y me despierto, comienzo a caminar por la casa y no me vuelvo a dormir.
4. Tengo depresión, ansiedad, presión arterial, pesadillas, fobia social, me causa problemas familiar y tengo muchas veces idea de suicidio.
5. Los vecinos no me dicen nada porque yo me despierto a las cuatro o cinco de la mañana, prendo las luces y me pongo a tomar mate, doy vueltas por la casa.

CASO XXXIII.

Acontecimientos:

1. Ingresó el 6 de Abril y estaba en el Batallón 5 de infantería Marina, el jefe fue Carlos Robaccio, el rol que desempeñó en la guerra fue el de fusilero. Estaba en un Pozo de Zorro detrás de unas piedras y no tenía nada más que ese lugar. Los recuerdos que más tengo en mente fueron los sucesos entre el 13 y 14 de Junio donde tuve mayor nivel de combate con el enemigo. Momento de contacto con los ingleses estuvimos bajo el contacto con bombas, balas, sentía impotencia con respecto a nuestras armas que eran mínimas con respecto a la de ellos, en ese momento yo sentía que era chiquito, mientras combatía, en comparación con ellos. **CAPACIDAD GRADO 3.**
2. A pesar de tener temor, el hecho de estar con mis compañeros hacía que yo pudiera combatir mejor. Sabía que nos estaban bombardeando desde la costa y bombardeo naval, al mismo tiempo que estábamos recibiendo fuego de Morteros. **CAPACIDAD GRADO 3.**
3. En un momento del combate tenía ganas de dejar a mis compañeros y quería irme al pueblo, éramos muy pocos, como 500 y el resto estaban todos rendidos sentí como un miedo de morir. En otro momento no fue así al ver que éramos pocos y rodeados por el enemigo ya que venían avanzando de todos lados me dieron ganas de correr pero me quedé, sentía como estar protegido por mis compañeros y sabía que si me pasa algo estaba rodeado de los míos. **CAPACIDAD GRADO 3.**
4. Durante el combate veía compañeros heridos, otros sin piernas, sin brazos, otros arrastrándose por las montañas para poder trepar el cerro, yo sentía miedo y lástima, me arrastraba hacia mis compañeros, en ese momento solo pensaba en combatir. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
5. Un día un compañero fue a retirar la comida para todos, y justamente en ese momento hubo un bombardeo naval y no volvió más, ese recuerdo de que él se murió cuando fue a buscar nuestra comida fue muy impactante. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
6. Recuerdo otro suceso de un compañero que nosotros mismos le rompimos la pierna en un tiroteo pensando que él era un enemigo. Hicimos fuego libre porque él se había perdido y no dio el santo y seña, y yo tuve que disparar. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
7. Recuerdo también el momento en que nos rendimos y tuvimos que entregar las armas, momentos de nervios porque pensé que seríamos fusilados. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. De noche no puedo dormir cuando comienzo a pensar en los combates que venía teniendo en forma nocturna, me vienen unas palpitaciones comienzo a dar vueltas y no puedo conciliar el sueño.

2. Recuerdo escenas cuando en el reconocimiento nos damos cuenta de que era un compañero nuestro a quien rompimos la pierna.
3. Sueño con los bombardeos, cuando nos empezaron a bombardear los buques de noche, o los fuegos diurnos. Yo pensaba que no podíamos defendernos, estábamos en tierra y ellos en el mar en la costa y tenía miedo; sentía que la muerte me podía llegar en cualquier momento.
4. Tengo pesadillas tengo sobresaltos y me quedo pensando para ver si era cierto lo que estaba soñando y para volver a dormir tardo como una hora.
5. Otra cosa que pensaba era la distancia en que nos bombardeaban y pasaban sobre nosotros y sentir impotencia porque mis armas no les hacían ni un rasguño.
6. Evito hablar con gente curiosa que quiere saber de la guerra como si fuera una aventura, me siento muy mal y esa noche por lo general tengo pesadillas.
7. Cuando escucho algún trueno, cuando aparece la noche, sobre todo cuando no escucho nada, en ese momento me pongo muy mal.
8. Antes combatía contra los ingleses y ahora contra la pobreza tengo seis chicos y una esposa que mantener.

CASO XXXIV.

Acontecimientos:

1. Estaba en el regimiento 4 de Monte Caseros, fui a Monte Kent, estaba como apuntador de mortero, permanentemente cambiamos la posición para que no nos detectarán, estuvimos cuatro días así, me acuerdo que habían empezado a cañonear y el teniente nos dijo que abandonemos nuestro mortero y cuando salimos cayó una de cañón y reventó todo, sentí mucho miedo y partir de ahí comencé a combatir con fusil. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Recuerdo que estaba con un fusil en un pozo de zorro tiroteándonos en la noche, recuerdo el fogonazo de los proyectiles tanto el nuestro como el de ellos. **CAPACIDAD DE GRADO 2.**
3. Los gritos de nuestros compañeros, de los que estaban heridos y se quedaban ahí. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
4. Recuerdo cuando entregamos los fusiles la impotencia que sentía porque yo quería seguir combatiendo hasta lo último. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
5. El último día de combate, sentía miedo, pensaba que me iba a morir, ya no teníamos ni balas ni nada, nos replegábamos pero todavía nos quedamos en el campo de combate; había un alto al fuego pero seguíamos la retirada, al día siguiente recién llegamos al pueblo y nos entregamos a los ingleses. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
6. Cuando me trasladaban prisionero en un camión miraba las barandillas blancas y pensaba que nos iban a fusilar, más cuando nos metieron en ese depósito y nos desarmaron todo. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Cuándo estoy durmiendo despierto a los manotazos y casi siempre mi mujer me despierta. Si despierto y llego a no tomar la pastilla no duermo más , empiezo a transpirar en la cama, o sea que la cabeza de uno se queda pensando en los mismos sueños. Los sueños más recurrentes es cuando yo estaba ahí y reventaron nuestro mortero, el grito de nuestros compañeros.
2. Cuando estuve internado tuve un borrón en la cabeza, no me acuerdo de casi nada, se me borró todo. Según mi señora no reconocía nada. La reacción física que tuve fue la pérdida de memoria.
3. La imagen que se me viene siempre es cuando nos llevan los ingleses, el color de las barandillas blancas. Si estoy durmiendo vuelvo a soñar todo el recorrido hasta el depósito.
4. Cuando empiezo a caminar de acá para allá quiere decir que estoy nervioso y mi familia me entiende y ya no vuela ni una mosca. Antes de la guerra yo era tranquilo.

CASO XXXV.

Acontecimientos:

1. Fue un suboficial del buque del submarino A.R.A. Santa Fe, estuve en misiones de guerras en Malvinas llevando a Comandos Tácticos y luego de pasar por Mar del Plata concurrí a las Georgias el 25 de abril y fue el momento en que nos disponíamos a salir del puerto después de cumplir la misión cuando fuimos atacados por helicópteros ingleses y fuimos impactados, tuvimos que volver a puerto porque el buque no podía navegar por la avería, menos mal que pasó eso y quedamos en superficie porque no podíamos por la profundidad no daba porque después teníamos entendido que nos estaban esperando afuera fragatas y con seguridad no hubiéramos podido salir ninguno con vida. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
2. Una vez en el puerto nos defendimos con armas que no podíamos contrarrestar al enemigo y tuvimos que rendirnos. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
3. Estando prisionero, he estado apuntado con armas cortas y larga, tenía la sensación de que cualquier movimiento en falso me podía matar. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
4. Sufrí mucho la pérdida del suboficial Artuso, sentí mucha impotencia por no poder haber hecho nada. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
5. Durante 27 días estuve en la bodega de un buque carguero en navegación rumbo a la isla de Asunción y bajo custodia, lo sentí muy deprimente.

Reexperimentación:

1. Sueño muchas veces con que me están apuntando, sueño con armas, con tubos negros.
2. No puedo estar mucho tiempo en un lugar cerrado con mucha gente alrededor.
3. Muchas veces me sobresalto cuando escucho de improviso una turbina de avión o helicóptero.
4. Me cuesta compartir con alegría de los fines de año porque me deprimó sobre todo cuando salen a tirar cohetes y bengalas, me acuerdo de los momentos que he vivido y de la gente que no va a poder festejar una Navidad más en su vida.
5. Recuerdo la sensación de extrañeza cuando el buque fue alcanzado y darme cuenta del peligro en el que estaba.

CASO XXXVI.

Acontecimientos:

1. Conscripto clase 62 perteneciente al Regimiento 4 de Corrientes, Monte Caseros. Fue trasladado a Monte Harried – Monte Hart e Isla Soledad. El rol de combate era apuntador de montero 81. Estuve en combate en monte Harried e Isla Soledad, vi caer a muchos compañeros que quedaron muertos o heridos; me asustó mucho; para que no detectaran mi posición debía trasladarme de un lugar a otro porque sabía que ellos tenían aparatos especiales de detección. El montero era muy difícil de utilizar porque se hundía en la turba. **CAPACIDAD GRADO 3.**
2. En la isla Soledad caí prisionero. **CAPACIDAD GRADO 4.**
3. Tuve que transportar heridos y cadáveres. **GRADO 4.**
4. Por el calzado que tenía tuve principio de pie de trinchera.

Reexperimentación:

1. En los días húmedos y grises me viene mucho hormigueo en los pies.
2. Duermo mal, tengo pesadillas; sueño que estoy corriendo con el mortero.
3. Tengo las imágenes de ver los cuerpos mutilados.
4. Siento culpa por no haber podido hacer nada por dos compañeros que murieron cerca de mí; posiblemente esa bomba estaba buscando mi posición.

CASO XXXVII.

Acontecimientos:

1. Embarcado en el portaaviones 25 de Mayo, pertenecía a la escuadrilla Aeronaval de Caza y Ataque, su rol de combate era ser el primer

escalón de socorro para auxiliar a las personas que sufrieran de algún accidente aéreo.

2. Al aterrizar el avión que atendía, se reventó una cubierta (goma), en esas emergencias, por prevención se tiene por doctrina eyectar del avión, en este caso el piloto, -que era una persona con quien tenía un muy buen vínculo- al eyectarse del avión no se le abrió el paracaídas estrellándose en el asfalto, lo auxilié y el Capitán Zubizarreta murió en mis brazos. No pude hacer nada para salvarlo.
3. El día en que hundieron al Crucero Belgrano, no dormimos por temor a que nos hundieran, cada diez minutos sonaba la alarma y yo tenía mucho miedo.

Reexperimentación:

1. Pesadillas, de noche me despierto cuando sueño con un sonido parecido y no puedo volver a dormir.
2. Cuando escucho ruido de motores de aviones me sobresalto y me pone en estado de alerta.
3. Sueño el aterrizaje del avión, luego del despiste la eyección y ver como el piloto rebotaba contra el piso del portaaviones.
4. Siempre que hablan de la guerra, me retiro del lugar o trato de cambiar de tema.

CASO XXXVIII.

Acontecimientos:

1. El 2 de Abril de 1981 ingresé a la Armada, el 3 de Abril al Batallón de Seguridad, Cia. Perros de Guerra. El perro que me asignaron se llamaba Ñaró (significa Bravo en guaraní). El 13 de Abril llegué a Malvinas Puerto Argentino primera línea, aguanté el bombardeo todos los días y todas las noches hasta el último día, yo estaba en la primera línea del Puerto Argentino con los Infantes. **CAPACIDAD GRADO 3**
2. Al replegarme me refugiaba. Me encontraba con muchos heridos, los acomodaba un poco para que no sean vistos y seguía el repliegue; hay que seguir, si traías a todos no podías por más que quisieras. La orden era: "Hombre herido, hombre perdido". **CAPACIDAD GRADO 3.**
3. El ataque una mañana, por aire, por tierra, por mar. Estoy contando esto y no sé como estoy vivo. Para llegar a Puerto Argentino no sé cuanto caminamos y después nos enteramos de que nos habíamos rendido una hora antes y recibimos metrallas de helicópteros y fuego naval durante todo ese tiempo. **CAPACIDAD GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Sueños, pesadillas, todo negro, fuego, es que estaba encerrado y no podía seguir. Se van todos y yo me quedo solo con cosas que se aproximan.

2. El fuego nocturno, todo, los ruidos de bombas, los gritos pidiendo auxilio. Nunca más dormí tranquilo.
3. Los días de invierno eso también nos llega, sobre todo los días nublados y lluviosos.
4. Sueño que me sentía encerrado como en un jaula, que yo me quedaba ahí y yo estaba hirviendo en fiebre mientras todos corrían.
5. Culpable de no haber podido hacer algo por mis amigos, me quedó grabado, quisiera volver a las Islas y nunca llega, nunca llego y no puedo hacer nada.
6. Trato de no ir a bailes, no soporto estar con mucha gente, lo asocio a cuando estaba en un galpón con mis compañeros prisioneros.
7. Al regresar a mi casa me encuentro que estaban por viajar a Bahía Blanca puerto Belgrano porque les había llegado la comunicación oficial que yo había muerto.

8. Miré a todos y no vi a mi viejo, se había suicidado porque yo estaba en la guerra . Mi hermano me dijo ese día que por culpa mía él no tenía padre. “Vos sos el culpable de que se haya muerto mi viejo”. A eso lo guardó mal.

CASO XXXIX.

Acontecimientos:

1. Me desempeñé como jefe del grupo de tiradores de Infantería Marina, era Cabo Segundo y fui destacado a la Isla Borbón que estaba en la gran isla Malvinas. Brindaba seguridad a una pista de aviación en la que operaban 11 aviones propios, fui con un armamento muy precario porque no tenía armas antiaéreas, ni misiles tierra aire, lo cual posibilitó siempre que los enemigos hicieran lo que quisieran porque no podíamos contrarrestar, salvo ponernos a cubierta cada vez que abrían fuego con sus cañones o ametralladoras y las bombas. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Cuando teníamos que rendirnos realmente no teníamos prácticamente municiones e hice todo lo militarmente posible, con los elementos que se podían tuve que lamentar la pérdida de algunos camaradas, pero sé positivamente que hice todo lo posible. **CAPACIDAD GRADO 4**
3. Tenía temor con lo que nos harían después de dejar las armas, no les resultó fácil, se la hicimos difícil. **CAPACIDAD GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Al regreso de Malvinas padecí por varios meses un rechazo al ruido de aviones producto seguramente de innumerables ataques producidos por aviones, con el transcurso del tiempo de a poco lo fui superando, pero todavía cuando me toma desprevenido, no dejo de tener la sensación íntima de ponerme a cubierta completa.

2. Tengo que reconocer una pérdida parcial de audición del oído izquierdo producto de una explosión muy cercana a mí.
3. Me la paso detenidamente observando las acciones y situaciones donde puedo encontrar como peligrosa sobre todo cuando estoy con mi familia y por la calle estoy alerta.
4. Sueño con pesadillas en las cuales aparecen aviones o que no llego a mi lugar de refugio cuando están bombardearon.

CASO XL.

Acontecimientos :

1. Estaba haciendo la conscripción y estaba destinado en el Crucero A.R.A General Belgrano, el mismo fue hundido por un submarino nuclear en aguas muy profundas y heladas, fuera de la zona de exclusión. **CAPACIDAD GRADO 4.**
2. En el momento en que el Belgrano fue torpedeado me encontraba en el sellado de proa, recién dejaba la guardia de cañones antiaéreos, sentí como una explosión y a los segundos otro que hizo temblar todo, se vino un calor, olor acre y muchos gritos. En ese momento lo primero que se me ocurría era ir a cubierta para cubrir mi puesto de combate, pero cuando llego a cubierta me encuentro que el barco estaba inclinado y hundiéndose. Entonces me dirigí a mi puesto de abandono esperando órdenes. En mi trayecto a la balsa me acuerdo ir a buscar una linterna que tenía en el sollado donde dormía, cuando llego, me encuentro todo desparramado, camas tiradas, escucho gritos, ya había agua y gente que corría a cubierta. **CAPACIDAD GRADO 3.**
3. Quemado, regreso a mi puesto de abandono y cuando el capitán dá la orden de abandonar el barco me tiro a la balsa. **CAPACIDAD GRADO 3.**
4. En el naufragio se vivieron momentos muy duros. Tratar de salir y alejarnos del barco para que no nos chupe en el momento de hundirse. **CAPACIDAD GRADO 3.**
5. Ver como el agua se llevaba compañeros y no poder hacer nada. Balsas que se daban vuelta y verlos morir. Así transcurrieron 34 horas donde se vivieron momentos muy críticos hasta que llegó el barco que nos rescató. **CAPACIDAD GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Sueños recurrentes del sollado oscuro, todo tirado y escucho gritos.
2. Sueño con las balsas que se dan vuelta, gente que se la lleva el agua, me despierto y me cuesta volver a dormir.
3. Los días grises y nublados siento mucho escalofrío.
4. Los días de fin de año me pongo muy ansioso.

CASO XLI.

Acontecimientos:

1. Conscripto del Regimiento 7 de Infantería Mecanizada Coronel Conde, La Plata. Estaba durmiendo en primer línea de combate, estaba durmiendo cuando una explosión nos despertó y enseguida empezaron los disparos.
2. Recuerdo que un compañero fue degollado y no pude hacer nada para evitarlo.
3. Replegándonos, recuerdo, subiendo y bajando las montañas para huir del enemigo, recuerdo a un par de compañeros gritando con el suboficial, veo una bomba que cae sobre un pozo de zorro donde estaba un pibe y vi caer pedazos por todos los lados.
4. Nos tuvimos que rendir porque nos apuntaban, tiramos las armas sobre una gran pila y a caminar con mucha bronca y resentimiento porque habíamos puesto todo.

Reexperimentación:

1. Sueños con el momento que estaba en el pozo de zorro.
2. Explosiones cercanas.
3. Escena del pozo de zorro con el compañero que estaba allí.
4. Visualizar en sueños y visiones diurnas sobre un compañero degollado.
5. Culpa de sobrevivir, de no poder haber hecho nada para salvar a compañeros.
6. Estoy en estado de alerta sobre todo de noche, con los ruidos de motores, cuando hay silencio nocturno, me sobresalto.

CASO XLII.

Acontecimientos:

1. Soldado conscripto, función de tirador con fúsil. En Puerto Darwin estaba en primera línea de combate en bajas condiciones de defensa para enfrentar a un enemigo porque las armas que teníamos eran bastante viejas y no teníamos elementos para la limpieza ni armas antiaéreas. Teníamos mucha frecuencia de ataques contra nuestra posición con fuego de artillería aéreo y fusiles de larga distancia de franco tiradores. **CAPACIDAD DE CONTROL GRADO 3.**
2. Como prisionero de guerra en puerto Darwin nos hacían trabajar juntando restos humanos o material explosivo. **CAPACIDAD GRADO 4.**
3. Recibir explosiones de bombas cercanas a mi posición de combate y sentía mucho miedo . **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Pesadillas soñando que estoy en la posición de combate y después me cuesta volver a dormir.
2. Ruido de aviones de guerra, helicópteros o aeronaves me causan mucha ansiedad.
3. La pirotecnia, festividades de fin de año.
4. La oscuridad, sobre todo cuando hay mucho silencio, me sobresalto o cuando hay ruidos que no sé que es.

CASO XLIII.

Acontecimientos:

1. La función que desempeñé en la guerra era de abastecer al regimiento de armamento pesado con un grupo de 6 o 7 personas en tres vehículos Unimoght. En tres oportunidades estuve transportando municiones soportando bombardeo naval, cayendo muchas de las granadas muy cerca de mí. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Concurrí al rescate de dos patrullas trasladando heridos. **CAPACIDAD GRADO 3.**
3. Vi muchos cuerpos calcinados en el último rescate. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
4. Tuve que poner en una bolsa a un compañero mío que murió al pisar una mina antipersonal. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Pesadillas con el compañero destrozado por la mina.
2. A veces me despierto escuchando voces y gritos de compañeros pidiendo ayuda.
3. Evito de hablar de la guerra y actos patrios.
4. Alto nivel de ansiedad al escuchar motores de aviones, ruidos de cohetes, bombas de estruendo.

CASO XLIV.

Acontecimientos:

1. Se desempeñó en Malvinas desde el primer momento del desembarco como Infante de Marina y estuvo en las primeras unidades de apoyo como chofer, manejaba un Mecedse Benz 1114 donde transportaban municiones y también víveres y también lo usaban para tareas en general. Una noche estando el en Puerto Argentino, durante un bombardeo naval, él se fue a un Bunker para resguardarse de las bombas, no había lugar y se pasó toda la noche parado, los compañeros e inclusive algún superior le sugirieron que se vaya a dormir al camión pero él se negó, al día siguiente cuando fue al camión a realizar un

traslado de víveres, se encontró que el camión estaba destrozado por el impacto directo de una bomba. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

2. Permaneció como prisionero luego de la toma de Puerto Argentino. **CAPACIDAD GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Si bien tuvo ciertos síntomas desde el momento que llegó al continente, las pesadillas con el camión destrozado le venían a la cabeza permanentemente.
2. Cada vez que ve un camión 1114 le viene mucha angustia, él vive en una población rural en Misiones y su casa está al lado de la ruta.
3. Estaba en una plantación de té propiedad de la familia y no podía soportar el sol, solamente podía ir a trabajar a la plantación al atardecer o al amanecer antes de que apareciera el sol alto.
4. Permanentemente la sensación que sentía era un ardor que iba del centro del cuerpo hacía la cabeza y los veía como si la cabeza estaba en dos y veía colores amarillos y anaranjados. Sentía un fuego terrible dentro del cuerpo y se la pasaba medicado por esa reacción.
5. Estaba aislado del contexto, la familia estaba permanentemente apoyándolo y cuidando que no tomara sol.
6. En muchos momentos pensó en suicidarse.
7. Pidió la baja de la Institución a los cuatro meses de retornar del conflicto por estar mal, sin saber que ese malestar estaba relacionado con su afección de Estrés Posttraumático.
8. Presentaba ataques de ira contra sus familiares más directos. Antes era de carácter afable y siempre se lo veía predispuesto a mantener una buena convivencia.

CASO XLV.

Acontecimientos:

1. Durante la guerra me desempeñé como inspector técnico a cargo de las preparaciones de los guardacostas en la zona de litigio en el Puerto Argentino, yo era un integrante de la Prefectura Naval. Llegué embarcado en el guardacostas y mi misión era siempre dar soporte técnico. Recuerdo los momentos vividos, bombardeos, la gente que fue herida, yo ayudé en un momento a trasladar a una persona que la quería mucho, sentí una impotencia de lo que había sucedido. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Estaba con el pensamiento que en cualquier momento nos atacaban, en cualquier momento podía suceder que sentía caer la bombas en el lugar donde estaba, sentía mucho miedo y en un momento lo hice manifiesto, alentaba a los demás y eso calmaba mucho mi ansiedad. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Sueño con un combate cercano a mi posición, tenía mucho miedo que vinieran los aviones y bombardean la zona como sueño con momentos como que se acerca el avión y lo veo como muy amenazante, despierto y estoy dando muchas vueltas sin poder dormir.
2. Recuerdo el momento que teníamos que volver, no quería volver sentía vergüenza, sentía mucha humillación, volver a mi país vencido sobre todo el ver a mis familiares y no tener nada que decirles.
3. Los días grises o con lluvia me causa mucha ansiedad.

CASO XLVI.

Acontecimientos:

1. Suboficial a cargo de comunicaciones exteriores del submarino A.R.A. San Luis, los acontecimientos que más recuerdo fueron cuando el buque penetró la línea enemiga y el torpedo que se lanzó no estalló lamentablemente, inmediatamente los buques y helicópteros fueron tras nosotros y el comandante muy profesionalmente guía la nave al fondo y se sentía por mucho tiempo el sonido de las bombas de profundidad que estaban cerca nuestro. Fueron momentos de mucha incertidumbre que no voy a olvidar jamás. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Durante los sueños me aparecen los sonidos de la alarma que había en el buque y me despierto.
2. Sueño con explosiones y me llega a traer angustia, me cuesta volver a dormir.
3. Evito lugares cerrados y sobretodo cuando hay mucha gente y busco lugares con mucha luz en lo posible bien aireados.

CASO XLVII.

Acontecimientos:

1. Me desempeñaba como encargado de batería antiaérea de defensa aérea en Puerto Argentino la cual estaba dividida en 3 partes, una en aeropuerto, otra en la zona del Cerro Dos Hermanas y el tercero en Darwin. Mi puesto de combate era operador de combate del puesto de tiro sky ward con 2 unidades de tiro y una cadencia de fuego de hasta 1100 disparos por minuto. Los ataques fueron sucediendo, tenía cierto nivel de control sobre esos ataques, de todas maneras comenzaron a bombardear desde la costa los buques y comenzaba a sentir las bombas como caían y para eso no estaba preparada mi batería, era contra los aviones no contra fuego naval o terrestre; razón por la cual fueron eliminando los lugares donde estaban preparados para la defensa antiaérea. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

2. Cuando quedamos sin baterías nos armamos con fusiles livianos tipo FAL, no obstante si bien no tuve combate directo con los ingleses, sentía que tenía una responsabilidad de salvaguardar la vida de mis subordinados y eso fue mi permanente temor a lo largo de toda la guerra por eso sentí mucho el hecho de haber perdido camaradas y amigos al día de hoy lo siento con mucho peso. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexpirationación:

1. El recuerdo que permanentemente me pone mal, es saber que he perdido camaradas, oficiales, soldados y cada vez que me encuentro con sus familiares me invade una gran tristeza y desazón al punto de no poder contener el dolor y el llanto que me produce esa situación.
2. Siempre pienso de los amigos que han quedado en la soledad de la muerte y que sus familiares no tienen consuelo y el permanente contacto con ellos me lleva a una situación familiar.
3. Busco evitar situaciones donde hay festividades, explosiones con pirotecnia porque me pone muy ansioso y tengo sensación de querer irme, me da mucha inseguridad incluso miro permanentemente a los míos y ellos me comprenden inmediatamente se ponen al lado mío o nos vamos del lugar, las fiestas de Navidad me dan mucha ansiedad y por lo general son muy tristes para mí.
4. Recuerdo y me vienen imágenes de las explosiones de las bombas que caían y caían y yo no podía hacer nada más que cubrirme con mucho miedo.

CASO XLVIII.

Acontecimientos:

1. Durante el Servicio Militar Obligatorio estuvo embarcado en el Destructor A.R.A. Bouchard navegando como escolta del Crucero A.R.A. General Belgrano. El día 2 de Mayo en momentos que se encontraba navegando fuera de la zona de exclusión, al barco nuestro le lanzaron un torpedo que roza la quilla del barco y pasó de largo gracias a las olas que elevaban el buque en ese momento, si explotaba moríamos todos no obstante el barco tembló, eso me acuerdo bien, incluso un muchacho de Morón que por el golpe se cayó y se fracturó un brazo, sentí mucho olor a azufre porque había una caldera rota. **CAPACIDAD GRADO 3.**
2. En el momento en que nos enteramos del hundimiento del Crucero Belgrano yo me escondí en la lancha porque pensé que en ese momento le podía pasar a mi buque. **CAPACIDAD GRADO 3.**
3. Durante el rescate recuerdo la primera balsa que traía algunos muertos, mis piernas y el cuerpo se me aflojaron y me dieron ganas de vomitar. Me escondí del miedo luego tome coraje y me puse a tratar de ayudar todo lo que podía, luego apareció otra balsa y otra balsa yo los atendía dándoles un baño caliente con ropa y todo, luego les sacaba toda la

ropa y les daba un caldo bien caliente, recuerdo que al jefe de máquinas del Belgrano lo frotaba con talco y alcohol en las piernas y lo tape con más frazadas, luego en el momento que volvía a frotar las piernas tuve ganas de vomitar y me fui al baño hasta que volví a tomar fuerza hasta que apareció una balsa con más muertos y seguía ayudando y poniendo todo mi esfuerzo. Luego todo se me hizo una nube y no sabía a donde estaba parado y me puse a pensar que si el torpedo hubiese explotado yo hubiese muerto o tal vez estaría como ellos y deje de ayudar y me fui de nuevo a esconderme a la lancha de salvamento. **CAPACIDAD GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Mis pesadillas son soñar que aquellos chicos que están en el fondo del mar están vivos y me piden que los vaya a rescatar.
2. Cuando miro películas que tiene que ver con el mar o barcos se me cruzan los sueños y llega la noche y siento terror de irme a dormir.
3. En algunos momentos cuando duermo a eso de las 3 o 4 de la madrugada pienso que estoy en el barco, salgo de la cama y miro por la ventana de la pieza porque me parece que me están mirando los chicos que quedaron en el fondo del mar .
4. Muchas veces me sucede que cuando bajo por las escaleras de la terraza voy corriendo porque pienso que me corren los chicos del rescate o los que quedaron en el fondo del mar.
5. El viaje a Usuahia con motivo del 20 Aniversario fue de terror ya que todavía sueño con el lugar donde llevamos a todos los sobrevivientes y como que me siento en el aire.

CASO XLIX.

Acontecimientos:

1. Rol de combate principal fue el centro de dirección de tiro la batería de todo el grupo oscar. Estaba como operador de servicios de piezas del obús 105 milímetros, estaba en esta función como voluntario porque sabía que iban a ser unos lugares más bombardeados y cumplí misiones de retiro y también estuve en la batería de Two Sister cuando fuimos atacados por 2 aviones Harrier y quedó inutilizada la batería. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. En otro momento estaba en la batería y recibió fuego enemigo muy intenso y la inutilizaron, cuando llegó el jefe de grupo con el médico creyó que había muchos heridos o muertos y no podía entender como estábamos enteros en gran parte por la protección bien construida que hicimos en ese lugar. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
3. Últimos días agotados psico y físicamente sin munición pesada de 155 y 105 milímetros con ataques aéreos, cañoneo naval, contra la artillería y operaciones que eran terrestres y apuntaban sobre nosotros, hubo un

alto al fuego y por motus propio ordené un blanco sobre el Batallón 5 de Infantería de Marina en tiro cercano para proteger su repliegue batiendo sistemáticamente pero sabía que los últimos soldados eran alcanzados por el fuego propio pero sirvió para salvar a una compañía de 220 infantes de marina del Batallón 5, lo mismo para la compañía Zulú vehículo Panhar que se replegaron gracias a este fuego, cuando llegó el jefe que recorrió las posiciones de las piezas me pregunta que blanco disparaba con batería y quien ordeno, esto me podía costar ser fusilado o ser condecorado siendo soldado operador comencé a trabajar en forma autónoma y eso no estaba permitido. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

4. El último hecho en el alto de fuego sin munición se recibía la comunicación de comando que un regimiento gurca fuera del control del mando ingles perseguía a la propia tropa acercándose a nuestra dirección con lo que instalé con otros cuadros y soldados, ametralladoras de 12,7 milímetros calibre 50 con toda la munición sin que disponíamos, y veo que comienzan a avanzar los gurras. Sabíamos que nos iban a pasar por arriba cuando se agotara la munición de FAL y ametralladoras. Además íbamos a saber que en ese momento íbamos a recibir fuerte cañoneo de artillería . **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
5. Los gurras mataron varios noches antes a nuestro observador adelantado. El Teniente Ramos que me pidió que le disparara sobre su posición con la batería porque los ingleses estaban sobre su posición. Lo hice tire 5 ráfagas 6 cañones de cada uno, el teniente replegó un soldado y un cabo que se salvaron, herido él estaba dirigiendo nuestro fuego hasta morir con la radio abierta se escucho todo y luego abrimos fuego. Aún recuerdo sus últimas palabras en ese momento había que hacerlo. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Hay noches que sueño en el combate y veo movimientos de tropas moverse hacía mi posición y me sobresalto.
2. Tengo un cuadro con las medallas que recibí por la guerra de Malvinas, una por la guerra de combate y muchas veces me quedó mirándolas. Lamento que mi padre no puede verlas ya que cuando tenía 8 años por un accidente él se disparó su propia arma de calibre 38 y murió en ese accidente.
3. Tengo recuerdo intenso de todo lo vivido, el recuerdo de la pólvora y carne quemada.
4. Recuerdo al Teniente Ramos con mucho respeto y las conversaciones que manteníamos.
5. Las noches frías me ponen muy ansioso.

CASO L.

Acontecimientos:

1. Personal Subalterno de la Fuerza Aérea Argentina, me desempeñé como jefe de pieza de batería antiaérea de los cañones de 20 milímetros. La misión del combate era proteger la pista de Puerto Argentino. Durante el comienzo de la contienda la pista fue atacada muchas veces por los aviones ingleses y la batería fue inutilizada en el momento que me encontraba en el refugio. Tuve que soportar cañoneo naval, me sentía indefenso porque lo que tenía era para ataques antiaéreos , se sintió mucho miedo y tuve que sufrir la baja de 3 compañeros que estaban con él. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Fui tomado prisionero, tuve que dejar las armas que llevaba y sentí mucha pena y mucha bronca al mismo tiempo. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Pesadillas con los ataques aéreos y lo que más siento es el cañoneo naval por que las bombas caían y tenía que tomar cubierta completa contra el fuego porque no se podía defender contra eso.
2. Por mucho tiempo el ruido de motores de aviones , empezar a estar en la fuerza aérea me daba mucha ansiedad y cuando había un ruido de sorpresa automáticamente me tomaba resguardo.
3. Recuerdo ver compañeros destrozados por las bombas.

CASO LI.

Acontecimientos:

1. Ingresó al Ejército como conscripto a comienzos de 1981, desempeñándose en el Regimiento Nº 3 Compañía C (Tablada) el SAPPER HILL primera línea como asistente del jefe de la compañía y radio operador. Si bien no hubo un contacto directo con las tropas enemigas dado que ellas se trasladaban por caminos distintos y cercanos a donde él estaba vivió con mucho miedo dado que tenía la certeza de que los iban a matar y no saber cuándo ni cómo.
2. Sentirse abandonado en la primera línea por fuerzas propias y al momento del repliegue los cañones argentinos de apoyo habían sido abandonados. Él se dio cuenta porque su misión era dirigir por radio el fuego de esos cañones.
3. Al repliegue estar acosado por explosiones de bombas cercanas la caída de compañeros de la propia compañía y ver los cuerpos mutilados.
4. La caída de compañeros heridos sin que él los haya podido asistir , lo vive con mucha culpa.
5. Finalizada la contienda él se desempeñó como enlace o interprete con las fuerzas argentinas e inglesas por su fluido conocimiento de Inglés.

Reexperimentación:

1. Pensamientos de culpa por estar vivo, no haber ayudado a otros compañeros .
2. Pesadillas de ver volar los cuerpos en pedazos, escuchar gritos pidiendo auxilio .
3. Conductas de alto nivel de agresividad y bajo nivel de frustración que antes de la guerra no manifestaba .
4. Ruido de aviones, helicópteros, pirotecnia, lloviznas, días grises, el ver en una vidriera arma de fuego son estímulos que lo predisponen a estar mal y sentir angustia.
5. Evitar contacto con veteranos y militares y hablar de la guerra.
6. Dormir poco y estar en estado de permanente alerta, la casa la tiene con rejas y alarmas y un perro (dogo) adiestrado.

CASO LII.

Acontecimientos:

1. Mi desempeño fue como tripulante del Crucero A.R.A. General Belgrano, en ese momento tenía el grado de Cabo Primero cuya especialidad estaba en operaciones. El periodo en el cual estuve embarcado fue el 25 de Diciembre del 81 hasta el día en que fue torpedeado el 2 de Mayo del 82. Recuerdo las explosiones en el barco, la luz se apagó. No estaba en superficie estaba en cubiertas bajas , pude salir rápidamente hasta mi balsa salvavidas, pude ayudar a un compañero que se había caído de una escalera. La maniobra con mis compañeros la pudimos hacer rápidamente, en ese momento pensábamos cómo liberar las balsas ya que había mucho viento, había una situación de mar muy comprometida, el buque notábamos que iba escorando cada vez más, teníamos que apurarnos en la maniobra, escuchaba gritos de las cubiertas inferiores y había mucho humo, teníamos que apurarnos porque el buque se inclinaba cada vez más había mucha correntada y fuertes vientos en contra ya que en un principio éramos 9 y tratábamos de alejarnos del buque para eliminar el efecto de succión pero estábamos muy preocupados por que el buque se escoraba cada vez más a nuestras espaldas y pensé en varias oportunidades que el barco nos podía llevar con él. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
2. Durante el naufragio pensaba que nadie nos iba a buscar por temor al submarino que nos hundió y sentía mucho frío, había mucho mar, estábamos con mucho miedo por lo que nos podía pasar, el frío se hacía sentir cada vez más, hacíamos guardia para no dormirnos. Recuerdo el destructor al verlo pasar la alegría que sentí. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. En un momento sueño con pesadillas que por momentos quiero alejarme y siento mucha angustia.

2. Hay momentos que sueño estar nuevamente en la balsa buscando salida y veo que no puedo avanzar.
3. Los días con niebla o muy grises, siento incluso una sensación en el cuerpo me viene como mucho frío y mucha ansiedad.
4. Recuerdo muchas veces compañeros que estaban en el crucero conmigo y que todavía siguen en ese lugar.
5. Los días lluviosos, con viento fuerte y fríos me ponen mal y me hacen doler las articulaciones, siento frío más frecuentemente, antes sentía mucho calor siempre.

CASO LIII.

Acontecimientos:

1. Estaba como apuntador de elevación de la ametralladora de 40 milímetros al costado de Puerto Argentino, mi rol era protección de la pista aérea del Puerto Argentino. Tuve muchas situaciones en el cual fuimos atacados y la batería fue inutilizada yo estaba ese momento de guardia y hubo gente herida. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Al momento que no estaba la batería fui con armamento liviano destinado al la primera línea y tuve un enfrentamiento a las 10 de la mañana recuerdo como si fuera ayer lo que entramos en combate y lo más traumático fue que mataron a un compañero que estaba muy al lado mío y otros heridos alrededor, en ese momento no sentí miedo sino bronca, el miedo fue a la noche cuando recapacité todo lo que pude haber pasado y sentí miedo y bronca por lo que pudo haber pasado. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación

1. Sueño con pesadillas de las bombas cercanas a mi posición.
2. Tengo visiones de ver los cuerpos ensangrentados y de escuchar las voces pidiendo auxilio.
3. Cuando escucho que se cierra de golpe una puerta, me sobresalto muchísimo y me pone agresivo con la persona que se descuidó.
4. Hay noches que grito mucho o me pongo a dar patadas en la cama, eso antes no me pasaba.

CASO LIV.

Acontecimientos:

1. En la guerra me encontraba en el buque pesquero Narwal con varios objetivos, uno era hacer inteligencia de los buques ingleses de dar parte de la situación de ellos y además tenía la misión de rescate de pilotos en caso de que ellos fueran abatidos nos acercábamos y los rescatábamos. La comunicación la teníamos con Puerto Belgrano y habíamos salido del puerto de Mar del Plata, mientras hacíamos la misión encomendada fuimos atacados por los ingleses y el buque quedó averiado y comenzó a hundirse y quedo mucho tiempo a media agua hasta que vinieron los

ingleses a rescatarnos y tomarnos prisioneros. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

2. Mi misión era mantener la flotabilidad positiva del buque para asegurar la integridad física realmente nos sentíamos muy mal porque no sabíamos como iba a terminar todo esto .**CAPACIDAD DE GRADO 4.**
3. Una vez que nos subieron a la fragata inglesa nos hicieron un interrogatorio intensivo, porque entre nosotros había un oficial de la marina y querían saber quien era. (la persona que hacía de inteligencia) y pasamos un mal rato. Además entre nosotros no podíamos decir nada; éramos todos voluntarios y tuve mucho miedo, pensé que nos iban a matar o tirar al mar, en ese momento uno piensa cualquier cosa. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Sueño con estar hundiéndome permanentemente en el buque, las olas, el frío, me despierto en las noches siento mucho miedo, me cuesta mucho ir a dormir.
2. A veces cuando me cierran la puerta del dormitorio siento que estoy privado de mi libertad y me siento muy mal, siento mucha angustia hasta el momento que me doy cuenta que no es así pero tengo una sensación de realidad que las cosas están sucediendo ya.
3. Cuando me junto con alguien que ha pasado por lo mismo me da mucha angustia, se me cierra la garganta y tengo ganas de llorar y a veces lloro.
4. Tengo tendencias a la depresión, mi vida desde el momento de la guerra hizo un giro muy importante , me siento muy mal y muchas veces encuentro mucha angustia.

CASO LV.

Acontecimientos:

1. Embarqué en el Portaaviones A.R.A. 25 de Mayo, tuve un buen desempeño a bordo, estaba en la C.I.C (Central de Información de Combate). Sabía que nuestro barco era el blanco naval más importante y luego del hundimiento del Belgrano no dormimos hasta llegar a Puerto Belgrano. Daba una vuelta tranquilo mirando el mar después de retirada del zafarrancho de combate. La alarma del zafarrancho de combate sonaba varias veces por la noche y costaba volver a dormir.

Reexperimentación:

1. Cuando duermo me sobresalto de golpe, por momentos sueño con una estela blanca en el mar. Si bien ahora es mucho menos frecuente, me cuesta volver a dormir .

2. A veces cuando siento sonar determinadas alarmas de los autos me pone muy mal.
3. Los días grises me ponen muy nervioso.

CASO LVI.

Acontecimientos:

1. Cabo de la Armada formaba parte de la dotación del buque de desembarco A.R.A Cabo San Antonio, tuve contacto directo con la guerra porque el barco era que se utilizó en el desembarco en Puerto Argentino, y yo estuve en todos los acontecimientos previos al mismo.
CAPACIDAD GRADO 0
2. Recuerdo la ansiedad, el nerviosismo y las ganas de participar de la gente porque: No se sabía con que se iban a encontrar en el desembarco por una parte, y por la otra el miedo a lo desconocido. Era la primera vez que estaba en una situación de esta especie.
CAPACIDAD DE GRADO 1.
3. Durante La guerra estuve escuchando relatos que me dieron mucha bronca porque yo quería tener mayor participación en la guerra y llegaban noticias de compañeros míos que habían muerto, otros que estaban mutilados y necesitaba saber más de la guerra y me angustiaba porque yo quería entrar en combate. **CAPACIDAD DE GRADO 3 (Porque hay una mínima probabilidad de controlar o modificar una situación crítica es que por más que pidiera un traslado si no se le era dado la situación de impotencia se la daba igual por eso considero Capacidad de Grado 3).**
4. Recuerdo el momento más traumático que viví fue una mezcla de sentimiento, miedo, ansiedad, orgullo cuando sentía los disparos y estruendos en la Isla, y yo estando a bordo no podía hacer nada.
CAPACIDAD DE GRADO 3.

Reexperimentación:

1. Inmediatamente después de la guerra estuve internado en el Hospital Naval de Río Santiago durante tres meses con depresión.
2. Anímicamente lloraba por cualquier cosa, intenté suicidarme y fui internado por ese tema y estuve 3 meses y me dieron el retiro, yo estaba en un curso de informática y no quería dejar la armada pero me tuvieron que dar el retiro justamente por ese tema.
3. Al año de haber terminado la guerra me enfermé y estuve internado por lo menos 2 meses en estado grave, estuve con psicólogos y estaba mal anímicamente y los médicos lo relacionaron con la guerra de las Malvinas. Hace unos años volví a caer en un pozo depresivo, hoy soy muy depresivo.
4. Me molesta el hecho de no haber participado más en la guerra, siento algo de culpa.

5. La impotencia de ver más de 400 personas, les faltaban municiones, comida y esas personas se perdían eso me daba bronca.
6. Vivía en un barrio con un amigo y sentía ganas sólo de dormir y de no hacer nada y en un momento quise usar el arma de mi amigo, una 38, para matarme fue ahí cuando me llevaron al Hospital Naval y me dijeron que yo no tenía que estar solo.
7. Tenía mucha ansiedad me movía constantemente y tenía la sensación de estar evadiendo algo, un día dejaron la puerta abierta y salí corriendo sin darme cuenta, me agarraron y me llevaron nuevamente al Hospital.

CASO LVII.

Acontecimientos:

1. Fui a Malvinas como Cabo del Regimiento 1 infantería 12 General Arenales, como jefe de pieza de artillería antiaérea. Lo que me impactó en los acontecimientos fueron los bombardeos que recibimos, si bien teníamos mediana capacidad de respuesta tenía mucho miedo. **CAPACIDAD DE GRADO 2.**
2. Seguíamos respondiendo con lo que teníamos, después de tanto bombardeo nuestra capacidad disminuía quedando a inferioridad de respuesta ante el enemigo. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
3. La situación de rendición, no tuvimos posibilidad de cambiar nada. Sentí mucha angustia por que yo no vine para esto.

Reexperimentación:

1. Los sueños son siempre los mismos ante la situación de los bombardeos.
2. Momento de caer prisionero como que lo siento con mucha angustia. También sueño mucho el traslado hasta el continente el momento que llegamos a puerto. Cuándo pienso en la situación de los bombardeos siempre bebo y si hay gente trato de irme. Por problemas de alcohol tengo problemas con la internación del lugar, siento mucho aturdimiento.

CASO LVIII.

Acontecimientos:

1. Yo era conscripto de la clase 62, entre en el 81 y estuve casi hasta Octubre del 82 porque me cortaron la baja por esta guerra, Estaba en el 25 de Mayo estaba en la cubierta de vuelo con los aviones en los hangares y ponía trinca a los aviones para que no se vaya al mar. Los acontecimientos que viví fueron frío, hambre, cuando estaba de guardia en la parte de arriba no nos daban mucho de comer entonces nos daban un sándwich, al medio día y en las noches pasábamos de largo al menos si estabas de guardia no nos dejaban bajar. **CAPACIDAD GRADO 1.**

2. Yo zarpé de Puerto Belgrano llegamos a Usuahia y pasamos derecho allá, cuando estábamos a 40 millas me quedo un mal recuerdo de los muchachos que perdimos en el Belgrano, porque supuestamente ese torpedo era para el porta aviones y se cruzó el Belgrano y quedaron muchos compañeros que incluso se adiestraron conmigo, muchos compañeros míos se quedaron allá y eso no me gusto, pienso que es la mala experiencia que me quedo, a veces me sobresalto. **CAPACIDAD GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Cuando veo un avión; quiero sacar aunque sea una escoba para tirarle con el palo, en seguida me sobresalto de todo, hay algo que no quedó bien en mí.
2. Hay frío en el cuerpo, calambre, las manos, tiemblo, tengo miedo cuando escucho algo, insomnio.
3. Los primeros síntomas lo tuve después que salí de Malvinas cuando llegamos aquí a Puerto Madryn, tenía algo que estaba dentro mío y no lo podía sacar afuera, mi hijo dice que estoy más loco, entonces algo me pasa.
4. Sueño con aviones, con tanques, armas, aparte yo duermo siempre con un cuchillo en mi mesita de luz y tengo un revolver 32, claro que descargado, pero a veces cuando estoy soñando así me da la locura de agarrar algo y lo levanto, mi señora dice que cualquier momento la voy a matar.
5. Casi seguido tengo pesadillas, porque a veces estoy durmiendo me despierto me levanto a las 2, 3 o 4 de la mañana y tomo leche como algo y me siento afuera en verano a ver las estrellas, antes no lo hacía; todo fue después que vine de allá a los 15 días.
6. Estoy alterado todo el día, miro una película de guerra y me da ganas de llorar de bronca y si veo a uno que se esta besando igual tengo ganas de llorar de la emoción, no tengo trabajo y miro películas y lo veo tan afondo que tengo ganas de llorar.

CASO LIX.

Acontecimientos:

1. Esta en Batallón 5 Infantería de Marina y tuve que enfrentarme en primera línea, mi rol era puntador de ametralladora 12,7 milímetros estaba con 3 compañeros auxiliares asistentes de la ametralladora, estuve en situaciones de combate en primera línea, tuve mucho fuego de Mortero de artillería terrestre y estaba con la ametralladora permanentemente disparando, veía los aviones y escuchaba el ruido de las bombas que caían me ocultaba y después seguía tirando. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

2. Antes de caer prisionero me quedé debajo de unas piedras con mucho miedo y frío además la ametralladora yo tuve que buscar munición y en ese momento cayó una granada y la destruyo ahí perdí un compañero.
3. Estando ya como prisionero sale en defensa de un compañero cuando le quieren sacar u reloj, saltó a defenderlo pegándolo a un ingles y fue golpeado por varios soldados británicos. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
4. Fue herido por una esquirla de bomba.

Reexperimentación:

1. Pesadillas de estar en combate y de que su propio jefe lo manda contra el enemigo y se siente muy vulnerable. Sueña con una gran película con muchos episodios continuos todas las noches o muy frecuentemente, le cuesta mucho dormir.
2. En una oportunidad frente a la casa de gobierno pidiendo que le reconozca un derecho como veterano roseo su cuerpo con nafta y amenazaba prenderse fuego por ese hecho fue detenido y lo asistieron psicológicamente.
3. Evita ver fuegos artificiales, cohetes, tiros, noticias y comentarios sobre la guerra y hablar de temas con personas civiles. Cuando siente sonidos de aviones tiene muchas ganas de ponerse al cubierto, le cuesta mucho escuchar los ruidos, esta en permanente alerta por si pasa algo alrededor.
4. Cada vez que comienza la noche él sale a caminar porque se siente muy intranquilo.
5. Lo que me aparece en los sueños son las cosa que viví, por ejemplo cuando caí prisionero, luego, después de una explosión me di cuenta que había sido alcanzado por 2 esquirlas en la pierna, me di cuenta porque sentía la sangre caliente en la pierna y después me dolía mucho. De todas maneras cuando me fueron a detener como prisionero me defendí y recibí trompadas que me dieron al momento de agarrarme y eso lo viví con mucha impotencia.

CASO LX.

Acontecimientos:

1. Estuve en la Bahía San Carlos en Haward a cargo de la compañía, permanentemente nos bombardeaban a la noche, las bombas caían muy cerca de la posición nuestra. Siempre recuerdo el sentirme indefenso por no tener armamentos para enfrentar la situación.
2. Recibíamos en el estrecho San Carlos bombardeos permanentes de aviación y artillería permanentes de una fragata por horas y horas que nos pasaban bombardearon. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
3. En la rendición recuerdo que sacaron armamentos y después vino el lanchón y nos llevaron a puerto argentino. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Tengo una sensación de presión en el pecho, tengo como un fuego que me nace desde el centro del cuerpo y me sube a la cabeza como si me partiera estoy con psicofármacos y he sido internado por problemas del corazón y auditivos.
2. Tengo sueños del combate, de los sobresaltos, ruidos de la bomba, ruidos de motores del avión, cuando esta lluvioso hay truenos, me pone muy mal no puedo dormir.
3. Generalmente salto de la cama voy a la puerta o salgo a respirar.
4. Siento zumbidos en el oído, por momentos tenía problemas con llanto y no podía parar. Estoy más agresivo incluso con mi familia.
5. Evito ver sangre.

CASO LXI.

Acontecimientos:

1. Me acuerdo a las 2 de la madrugada una reunión de jefes de compañía, estaba junto con el Cabo Cisterna y nos ordenaron que escribiéramos una carta de despedida a nuestros familiares, al otro día nos llevaron al aeropuerto, el capitán nos deseó suerte y valor ya que partíamos a Malvinas. La misión era minar y colocar trampas explosivas y artefactos para dañar a los usurpadores y asesinos enemigos de la Patria. **CAPACIDAD DE CONTROL GRADO 0.**
2. En primera línea de combate estábamos bajo bombardeo trabajando en pésimas condiciones, mal dormidos, mal alimentados, acalambrosos, entumecidos por el frío y lluvia, el bombardeo permanente; cumplimos una misión: tratar de atajar al enemigo bajo cualquier circunstancia, recibimos fuego aéreo, naval y de artillería pesada. En una misión de combate lo mataron al Cabo Luis Cisterna, mi amigo, mi hermano, quisiera haber sido yo en vez de él, tenía dos chiquitos y una mujer, estaba solo en ese momento. Otros soldados de mi compañía legaron con su sangre mi tierra y yo no pude hacerlo. **CAPACIDAD DE CONTROL GRADO 3.**
3. En una oportunidad mientras yo hacía guardia, luego de que sonó la alarma, comenzaron los bombardeos, dos conscriptos corrieron al bunker y uno de ellos fue herido de muerte, falleció sentado al lado del grupo como si estuviera vivo. Si hubiese estado cerca de ellos le hubiese pegado una patada ordenándoles que se metieran al Bunker de inmediato, porque les pasó eso porque estaban pensando que era falsa alarma. **CAPACIDAD GRADO 3.**
4. el 14 de junio fui prisionero de guerra, sentí mucho el tener que dejar las armas y mucha frustración por no poder seguir combatiendo. **CAPACIDAD GRADO 4.**
5. Nos obligaron a remover los campos minados y trampas explosivas demarcados con una sogá plástica y estaba permanentemente con

centinelas, recuerdo había uno que se movía mucho y a mí me ponía mal porque no sabía si en realidad estaba tranquilo o en cualquier momento se ponía a disparar. **CAPACIDAD GRADO 4.**

6. Luego tenía la misión de recoger los muertos y enterrarlos en una fosa común en Puerto Argentino, más de 100 cadáveres, los acomodaba uno al lado del otro en una zanja abierta por una máquina y después de enterrarlos vino una orden de sacarlos de ahí y ponerlos en bolsas negras, los cuerpos se despedazaban. En una oportunidad me quedé con la cabeza de un camarada en mi mano, los puteaba a los ingleses para que me mataran, no me importaba nada, mis compañeros se alejaban de mí por temor, yo quería morir. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Sueño con un soldado que me pone un fúsil en el pecho y hace fuego, sueño también con un soldado que esta apuntándome o un fúsil, lo veo en perspectiva.
2. Veo al camarada en Puerto Argentino, cuando tenía la cabeza en mis manos.
3. Vivo al frente de un aeropuerto hay ruido de aviones, helicópteros, me traen permanentemente recuerdos, al principio hasta me tiraba cuerpo a tierra si pasaban muy cerca mío.
4. Tengo también más allá una cantera de piedra que utilizan explosivos, todo eso me pone muy mal.
5. También a veces cuando la puerta se cierra por efecto del viento, también los petardos de fin de año o muchas veces los festejos de fútbol me hacen mal.
6. Al terminar el conflicto estuve internado en el hospital de la Plata una semana, quería desaparecer de ahí, me llevaron nuevamente al cuartel, la primera noche que estuve en ese cuartel tuve escalofríos, pesadillas no lo soportaba de ahí en más.
7. Permanentemente tenía situaciones de indisciplina, contestaba a mis superiores, entraba a la camareta a tomar alcohol, fumar cada día más, no quería bajar al comedor, llevaba un sándwich y vino del bar a mi camarote y peleaba muchísimo con otros compañeros.
8. El teniente Miño, el loco le decían, me metía preso a cada rato, me tenía mucha bronca no me podía ver entonces pedí la baja, no me sentía bien ese día que me fui de la Armada, había mucho viento, hacía mucho frío, no sabía donde ir, estaba solo, vacío y triste. Cada vez que hay niebla, el día es gris y hay mucha humedad, estoy muy ansioso y molesto.
9. Guardo todavía las instrucciones para armar bombas caza bobos, así cuando vuelva a ir, las llevo.
10. Cuando escucho un ruido de avión, siento el impulso de hacer cubierta completa (Giro idiomático del combatiente cuando se dice que hay que resguardarse: del ser detectado visualmente y del fuego del enemigo).

CASO LXII.

Acontecimientos:

1. Me desempeñaba como enfermero de patrullas del batallón de Infantería de Marina N° 5 luego fui asignado para cubrir el puesto de sanitario de cabecera. Estaba en primera línea de combate, me acuerdo cuando fuimos sorprendidos por un cañonazo y la onda expansiva destrozó a un herido que nosotros traíamos al puesto de cabecera. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Estaba por mi función asistiendo a toda la gente que caía herido, fue un momento muy difícil porque si bien estás preparado para estas cosas, trabajar en medio de las balas, fuego, bombas que explotaban alrededor te da miedo, como que no solamente estaba asistiendo sino que también por muchos momentos pensaba: "De aquí no salgo". **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Por momentos sueño con que estoy en monte London y estoy viendo sorpresivamente una bomba donde es destrozado un soldado herido.
2. Los ruidos de motores, los gritos que se escuchan en la calle me sobresaltan. Por momentos sueño que estoy corriendo con heridos para ponerme a cubierto de las bombas y no puedo llegar a refugio.
3. Evito los días de fin de año porque escucho los cohetes y las bombas de trueno me ponen muy mal, me pone muy ansioso, por lo general me automedico para esas fechas.

CASO LXIII.

Acontecimientos:

1. Me desempeñé como tripulante del Destructor A.R.A. Piedrabuena, estaba con el grado de cabo primero y mecánico de armas de artillería cubriendo el puesto de combate en el cañón 3 de 5 pulgadas de popa y crucero de guerra como apuntador de tiro junto con otras unidades navales. Estuvimos en la toma del día 2 de Abril actuando como búsqueda de apoyo y patrullaje entre las islas Estados y las islas Malvinas y también cubrir cabo de hornos. **CAPACIDAD DE GRADO 1.**
2. Luego se regresó a Puerto Belgrano y se partió el 13 de abril con destino a Ushuaia junto con el destructor Bouchard, y el Crucero General Belgrano, nuestra misión era darle cobertura y protección antisubmarinos al crucero Belgrano y mientras patrullábamos el crucero fue hundido y nos tiraron un torpedo que a Dios gracias paso por la popa y estuvimos haciendo maniobras antisubmarinas para evitar que el submarino inglés nos hunda. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
3. Volvimos nuevamente al lugar de hundimiento del crucero y comenzamos a buscar en el medio de la niebla que no se veía nada las lanchas salvavidas de los naufragos y buscábamos a la gente, un mar con mucho temporal, mucha correntada, era muy difícil detectarlos,

hacia mucho frío en la cubierta hasta que comenzaron a pasar las primeras balsas y sentimos alegría inicialmente pero después vimos el estado en que estaban y fue muy difícil el hecho de estar con ellos sobretodo porque había mucha gente, compañeros míos que estaban muertos. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

4. Durante la operación de salvataje teníamos mucho miedo de que nos hundieran nuevamente el submarino porque se presumía su presencia en zona. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. El sueño que se me repite sistemáticamente a partir del regreso de Malvinas es que me pareciera que me caigo de un pozo y me siento amenazado de muerte y estoy armado principalmente con un cuchillo, siento mucha angustia y siento que estoy en medio de las sombras y al momento que me parece eso me despierto y me cuesta mucho dormir. Me acuerdo muchas veces de compañeros que estaban en el crucero y no los veo más.
2. Me enoja reiteradamente, sobre todo por cosas tontas.
3. Sueño con la primer balsa que vi con compañeros muertos por el frío, me causó mucha impresión porque estaban intactos, pero muertos.

CASO LXIV.

Acontecimientos:

1. Mi desempeño fue como enfermero y en el único responsable de la asistencia sanitaria de la agrupación del comandos anfibios que participó activamente en la toma de Malvinas el día 2 de Abril donde cayeron 2 oficiales y un compañero mío que fue a auxiliarlos. Yo quedé a cargo de eso y los fui asistiendo, me causó una gran impresión el hecho de tener que asistir al Capitán Pedro Giachino que murió en combate y darle los primeros auxilios al oficial que lo seguía en jerarquía, y también al enfermero. Luego me trasladé con los heridos al continente y no volví al escenario de la guerra. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Sueño en reiteradas oportunidades con la situación de disparos, olor a pólvora, el hecho de escuchar gritos y al momento de verme impotente al no poder auxiliar a gente que necesitaba porque estaba bajo fuego enemigo.
2. Muchas veces cuando doy charlas a enfermeros por lo general a la noche me encuentro soñando estos acontecimientos del 2 de Abril.
3. Algunas veces pienso que debería haber ido yo al frente y no mi compañero, pero después se me pasa.

CASO LXV.

Acontecimientos:

1. En el conflicto Malvinas estaba destinado en el Submarino A.R.A. Santa Fe, yo era cabo primero maquinista y para el 2 de Abril llevamos un contingente de buzos tácticos, luego regresamos a Mar del Plata y nos mandaron a las Islas Georgias del Sur el 25 de Abril del 82 después de dejar el personal y material en el Puerto y cuando salimos a mar abierto fuimos atacados y averiados por fragatas y helicópteros. Recuerdo el momento que fue alcanzado el buque por fuego enemigo, había mucho humo, gritos, una sensación muy mala y tuvimos que volver por orden del comandante al puerto comenzaron a desembarcar, tomamos armas livianas y adoptamos un dispositivo de defensa. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. Posteriormente luego de estar nosotros para hacer una breve resistencia no teníamos armas adecuadas para la situación y caímos prisioneros, recuerdo el hecho de estar formado y ver el arriado del pabellón sentí mucha angustia, mucho miedo, fueron momentos muy tristes. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
3. También recuerdo la pérdida de un compañero en una forma injusta y de tanto en tanto, cada vez que nos encontramos con otros compañeros nos ponemos muy mal porque era muy buen compañero y además siempre habíamos trabajado juntos. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**
4. Posteriormente fuimos encerrados y trasladados a la isla Asención, ahí recuerdo que yo pensaba que nos íbamos a quedar en las cárceles por mucho tiempo, no podía darme cuenta que iba a regresar. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Esto es algo cíclico lo que me pasa, no duermo casi nada me siento nervioso, inquieto, trabajo 12 horas al día, inclusive me cuesta tomar un descanso, tengo una necesidad imperiosa de estar en actividad.
2. Por momentos no soporto el ruido, estar encerrado, no aguanto que me despierten porque puedo contestar muy mal.
3. He estado en muchos momentos con ganas de suicidarme. Recuerdo hace un tiempo atrás yo estaba navegado como jefe de maquinas y yo me sentí muy mal y el comandante tuvo que volver para dejarme al puerto y tuve que ir al psiquiatra me dio Tranquinal, me hicieron todos los estudios y fueron normales.
4. En muchos momentos sueño el ataque de los ingleses cuando estábamos saliendo del Puerto de Greenviken.
5. En otros momentos sueño con la Isla defendiéndonos y por lo general me cuesta mucho volver a dormir si es que duermo.
6. Otro recuerdo es cuando veo el arriado de nuestra bandera, pienso por qué tuve que fallar, a veces también sueño con esa escena.

CASO LXVI.

Acontecimientos:

1. Luego del desembarco de los buzos tácticos en la Isla, y estando navegando en alejamiento, se escuchaban los disparos sobre la propia fuerza y no poder hacer nada. Sentí mucha impotencia.
2. Luego de burlar el bloqueo inglés, saliendo de la bahía, el submarino es atacado por helicópteros con misiles, torpedos y bombas, averiando el casco, hay compañeros heridos, muertos y desaparecidos.
3. Cuando el comandante decide regresar a puerto, donde seguimos siendo atacados por un largo período, luego comienza un bombardeo de costa, se llega a tierra, se asisten a los heridos, se inician las acciones de autodestrucción de la nave.
4. Se da al personal armamento liviano, (fusiles) y comienza la defensa contra los helicópteros. Mi reacción en todo este momento fue con euforia y ansiedad.
5. Mucha tristeza al arriado del pabellón, cantado del himno y luego ser tomado prisionero.
6. Fui designado por mi comandante a mover la nave (submarino), de un lugar a otro, (en esa maniobra a un suboficial nuestro lo matan por error), a partir del incidente, los guardias cargan sus pistolas sin seguro y nos apuntan a la cabeza, en ocasiones siento el contacto sobre la cabeza.
7. Luego de concluir la maniobra de amarre nos sacan a los empujones y nos alojan en un cuartito. Pensé que nos eliminarían a todos. No podíamos hablar entre nosotros, fueron momentos muy difíciles donde se mezclaban: bronca, temor, llanto, desesperanza.
8. Por orden del comandante, no debíamos decir al resto de los compañeros que habían matado a nuestro compañero, se hizo más difícil la convivencia ya que nos preguntaban y debíamos disimular.
9. Fuimos al entierro del Suboficial Artuso, los que sabíamos. Allí sentí una gran tristeza, llanto.
10. Vi por última vez nuestro buque ya hundido casi totalmente, hubo mucha alegría por no entregarlo a flote, pero mucha desazón por verlo de ese modo.
11. Nos embarcan en un buque donde después de un tiempo de aislamiento, nos permiten salir a superficie y luego el desembarco en la Isla Asención y luego nos trasladan en avión a Montevideo y luego hay que soportar el interrogatorio de nuestra propia fuerza, hasta que por último nos podemos encontrar con nuestros familiares.

Reexperimentación

1. Sueños con la sorpresa de la primera explosión abordo, las palabras del oficial de guardia.
2. Sueño con los helicópteros, siento el olor a pólvora.
3. Sueño con distintos lugares del submarino.
4. Sueño con que me apuntan.
5. Conductas de evitación en los días festivos o fin de año con la pirotecnia, ruido de helicópteros, aviones, olores a pólvora por las pirotecnia. Reuniones con camaradas, hablar de la guerra.
6. Cuando me sorprende un ruido fuerte, no llego a la confusión, es momentáneo, me inmoviliza.

CASO LXVII.

Acontecimientos:

1. Me desempeñé en el faro San Felipe en Puerto Argentino hasta ponerlo en servicio, luego hice varias tareas de balizamiento y también efectué guardias en el Apostadero naval Malvinas hasta el día 9 de Mayo del 82 que me embarque en el carguero Río Carcarañá para trabajar en el alije de la carga al A.R.A. Islas de los Estados. Luego de finalizado zarpó hacia Isla de los Estados y fue hundido después a los 40 minutos y murieron varios de mis amigos, fue un impacto muy grande. **CAPACIDAD GRADO 3.**
2. El día 16 de Mayo en el Río Carcarañá fuimos atacados por aviones ingleses, lanzaron sus bombas y escuchamos una fuerte explosión que sacudió fuertemente el barco, luego hubo otra explosión y era un ruido ensordecedor de los aviones que reanudaron los ataques disparando con los cañones de 30 milímetros alevosamente con la intención de hundir el buque, también inutilizaron a la mayoría los botes de salvamento pero gracias a Dios no hubo heridos, nuestro barco quedó averiado y con fuego en el puente, lo abandonamos y nos dirigimos hacia la costa concentrándonos en la playa. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
3. En el traslado del buque a la costa sentíamos mucho temor a volver a ser atacados por los ingleses después de la furia recibida durante esos ataques con aviones y helicópteros. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Sueño permanentemente con los ataques.
2. Sueño cuando estaba cargando el Isla de los Estados, evito pensar en los acontecimientos sucedidos.
3. Me cuesta festejar los fines de año porque yo se que viene las explosiones y siento mucho miedo y angustia.
4. Sueño con que estoy navegando hacia la costa y no puedo llegar, me angustia mucho este tipo de sueños.

5. Me cuesta escuchar los ruidos de los aviones a turbinas, sobre todo si pasan muy bajo.

CASO LXVIII.

Acontecimientos:

1. Antes de ir a la guerra cuando me presenté a revisión médica mi madre me acompañó a la ciudad a tomar el micro a las 4 de la mañana, a las 6, estando ella bien la internaron y ella estuvo internada en terapia intensiva, los médicos no pudieron decir qué le pasaba, pero al momento que yo regresé, ella me miró y a la hora murió, nunca soportó que yo estuviera lejos de ella.
2. Antes de ir a Malvinas yo ya sabía todo lo que iba a pasar, tuve pesadillas desde mis 16 años y yo sabía lo que iba a conocer y lo que iba a pasar y sabía también que iba a regresar bien a tal punto que cuando yo estaba en Puerto Argentino me pasaba explicando a mis compañeros los lugares que íbamos a ver inclusive explicándoles distintos lugares previos a ser conocidos y además por que ya lo había visto en mis sueños, cuando estábamos en situación difícil yo era como el ángel de la guarda para mis compañeros porque yo les decía acá no nos va a pasar nada y que me siguieran.
3. Yo estaba en el Regimiento de Infantería Nº 4 en Monte Caseros Corrientes llegue a Malvinas el 26 de Abril, estuve en el cerro que se llamaba Monte Kent y estuve en segunda línea y después se rindió el regimiento infantería 5 y pasamos a primera línea nosotros, estuve ahí no sé cuanto tiempo pero fueron varios días que estuve en primera línea. No tuve combate cuerpo a cuerpo pero vi a los gringos cara a cara y estaban escondidos y no nos pudieron ubicar, así fue que nos salvamos, nosotros quedamos en fuego cruzado entre la fuerza de los ingleses y la fuerza propia porque no habíamos sentido la orden de retirada y quedamos en dos fuegos. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
4. La rendición fue cuando nosotros volvíamos sin tener a nadie porque había muerto nuestro jefe y lo primero que hizo la fuerza propia era darnos armas porque ya no teníamos municiones y que volvámos al frente, pero ya no queríamos saber más nada teníamos muy pocas chances. **CAPACIDAD DE GRADO 2.**
5. Vi muchos muertos y heridos y sentía mucha angustia porque no podía ayudarlos, tuvimos repliegue que atravesar un campo minado, con mucha suerte porque no nos paso nada, no sabíamos donde estaban las minas sin embargo pudimos pasarla bien. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Me recuerdo que siempre que estoy en combate, los compañeros caídos.
2. Hasta el día de hoy cuando pasa un avión muy bajo si no lo pienso soy propenso a meterme bajo la cama.

3. En navidad cuando empiezan los fuegos artificiales me da miedo, me parece real, como si estuvieran combatiendo.
4. Casi llegué a matar a mi señora cuando tuve una pesadilla me di la vuelta y lo único que encontré fue el cuello de mi señora, eso no se me va nunca ni con terapia.
5. A veces me pongo muy violento, soy muy nervioso puedo estar sonriente pero te puedo arrancar la cabeza (se ríe) eso antes nunca me pasaba.
6. Mi hermano siempre me dice que mi madre murió por mi culpa.

CASO LXIX.

Acontecimientos:

1. Estaba en el batallón de Infantería de Marina, llegó a Malvinas en el buque A.R.A. San Antonio desembarcó para establecer cabecera de playa y avanzar sobre el objetivo que tenían tomado los ingleses. En el avance tiraron una granada de mortero que cayó muy cerca nuestro, un compañero herido que después lo tuvimos que llevar para que sea asistido. **CAPACIDAD DE GRADO 2.**
2. Fui destinado nuevamente a volver al continente a cuidar los radares que se encontraban dentro del territorio de Tierra de Fuego y Río Grande. En una oportunidad yo regresaba en una comisión desde nuestro campamento al hospital del pueblo, cuando regresaba veo por el espejo retrovisor un auto Renault 12 blanco que me quería cruzar cuando está cruzándome veo que hay una mujer con un bebe del lado del acompañante, reduzco la velocidad porque estaba entrando en zona reservada y teníamos normas muy estrictas porque estábamos en situación de guerra, estaciona la ambulancia y me encuentro con un cabo enfermero y le comienzo a dar las novedades hasta el momento que escucho una ráfaga de ametralladora automática pesada y en ese mismo instante vimos correr a toda una compañía que teníamos detrás nuestro. En ese momento también le dije al enfermero que venga conmigo de inmediato y corrimos para ver que sucedía, en el camino también iba corriendo el oficial de guardia y cuando llego al lugar veo el auto Renault blanco estaba a un costado del camino con las 4 llantas rotas y escucho el llanto de un bebe abro la puerta y lo veo que era el único sobreviviente, lo tomo en mis brazos y trato de calmarlo, lo veo bañado en sangre. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
3. Estábamos volando para desembarcar en las islas Malvinas pero recibíamos del continente fuego antiaéreo y veíamos los estampidos de los misiles tierra aire cerca nuestro. Las nubes negras tapaban un poco la visión pero sabíamos que nos estaban tirando a nosotros y que no había posibilidad de vivir si nos tocaba alguna. Tuvimos que regresar y sentíamos las estampidas cerca nuestro y nos abrazábamos porque

pensábamos que era muy factible que le pegara al avión y no podamos contar el cuento. **CAPACIDAD DE GRADO 4.**

4. Cuando regresamos fuimos a la frontera con Chile a un lugar llamado La Pataia y San Sebastián donde estuvimos haciendo patrullas por precaución de una invasión del lado de Chile. **CAPACIDAD DE GRADO 2.**

Reexperimentación:

1. Cada vez que veo un bebe y pienso que no esta cuidado me angustió mucho y a veces me pongo a llorar.
2. Estuve con el padre del bebe y como que tengo pensado en algún momento ir donde los familiares de esta gente que tuvo este accidente.
3. Cada vez que hay humedad tengo mucho dolor de huesos en la pierna, cadera, se produce esa misma sensación cuando hace frío y generalmente esas noches tengo pesadillas.
4. Sueños de noche como que hay cosas, como que uno esta a bordo de un avión y siente muchos estampidos cada vez que tengo estas pesadillas me despierto y no puedo dormir.
5. Muchas imágenes de la guerra tengo muchas que se vuelve permanentemente, sueño con el Renault blanco, no dejo de recordar situaciones de la guerra, situaciones que viví sobre todo cuando estaba subiendo por segunda vez para volver a las islas y ver entre las nubes los disparos antiaéreos.

CASO LXX.

Acontecimientos:

1. El rol de combate que tenía era jefe de grupo desde el 13 de abril hasta el fin de la contienda. Estaba en el monte Kent en primera línea de combate, tuvimos situaciones donde recibimos mucho fuego naval y bombardeos aéreos. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. He visto mucha gente mutilada y muerta, sentía el olor a pólvora, humo y un olor muy particular en la zona. Sentía mucho miedo y sentía que en cualquier momento no me iba a controlar más. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
3. Recuerdo en el repliegue que fue con mucho desorden y en el regreso al Puerto Argentino como que hubo muchas bajas y se tenía la sensación que eso no se terminaba más. **CAPACIDAD GRADO 3.**
4. La rendición fue para mi muy penosa, al principio teníamos la sensación que después de entregar las armas, nos iban a fusilar, eso era lo que pensábamos la mayoría. Sentía que cada orden de desplazamiento era para eso. **CAPACIDAD GRADO 4.**

Reexperimentación:

1. Sueño con estampida de cañones y explosiones permanentemente.
2. Veo la propia tropa mutilada y muerta.
3. Veo sangre y oscuridad por todas partes y siento mucha angustia.
4. Tengo sudación y tensión durante el sueño.
5. Después de la guerra me sentí muy discriminado, por ser veterano no me daban lugar ni comprensión por reacciones que a veces tenía.

CASO LXXI.

Acontecimientos:

1. Llegó a Puerto Argentino el 11 de Abril del 82 y su función era ser tirador de Fal y también su misión era ir a buscar víveres junto a otros compañeros. Caminar un kilómetro en busca de comida. El 9 de Junio a las 14 Hs. aproximadamente me fui a buscar turba para calentarnos durante el día ya que de noche no se podía prender fuego para no delatar la posición, iba por última vez a ese lugar porque no había más turba, mi compañero me pidió le ayude a poner la bolsa en la espalda, cuando me agacho a agarrar la bolsa y levantarla con el pie derecho, estaba pisando una bomba antipersonal, no la vi porque el pasto estaba alto unos 15 cm, explotó y me levanto horizontal como 2 metros y caí como una bolsa de papa, me di vuelta boca abajo y mis piernas y cintura eran fuego, me dolía mucho y mi amigo estaba también herido pero me pudo ayudar, las únicas heridas que tuvo fueron unas pequeños esquirlas porque la bolsa de turba lo salvo de todo lo demás. Me auxilian 5 o 6 muchachos y les pido que me maten, si yo alcanzaba un arma en ese momento yo mismo lo hacía porque me vi como quebraba la pierna y era fuerte el dolor que sentía de la cintura para abajo. No quería volver así ni que mis viejos me vean así, lo primero que pensé fue en ellos entonces en ese momento muchos me alentaron y apoyaron, llegue al hospital y me operaron, desperté y estaba en el avión y vi mi pie izquierdo me sentí más tranquilo porque si no hubiera sido peor.
CAPACIDAD DE GRADO 4.

Reexperimentación:

1. Pesadillas y sueños con el momento vivido.
2. Problemas para concentrarse, esta hablando y pierde el hilo.
3. No quiere hablar de la guerra le cuesta mucho, los sueños o pesadillas por momentos sueño que estoy manejando uno de los tanques que iba a pelear no sé con quien y de repente despierto y me quedo pensando todo el día.
4. Tendencia a la depresión.
5. Toda mi vida he manejado arriba de un camión y hoy por hoy no puedo manejar el camión por la pierna, te restringe mucho.

CASO LXXII.

Acontecimientos:

1. El año 82 estaba de pase en el Portaaviones A.R.A. 25 de Mayo, mi rol de combate era Nadador de Rescate, es decir yo era el buzo y si alguna persona se caía al agua, yo me tiraba a salvarlo. Estamos en operaciones con el portaaviones y hubo un momento en el cual entró un avión en emergencia y el capitán Castro Fox eyectó del avión y me tire al agua para salvarlo. Las condiciones del mar era de mar 3 o 4, el agua estaba muy fría; lo rescaté y por momentos sentía que me faltaba el aire al momento de acercarme a él lo pude sacar de donde estaba del paracaídas y lo llevamos a bordo, por ese hecho nunca me dieron un reconocimiento. **CAPACIDAD DE GRADO 1.**
2. Durante la navegación en el portaaviones yo me sentía con mucho miedo porque nos habían dicho que era muy factible que nos ataque un submarino y siempre dormía vestido y llevaba en todo momento una pequeña mochila para supervivencia, estuve así durante toda la navegación. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Recuerdo los días en el portaaviones en el cual permanecía mirando mucho tiempo el mar para ver si encontraba a algún periscopio o algo por el estilo.
2. Los días de neblina tengo una sensación de frío en el cuerpo y por más que me abrigue es como que permanece esa sensación, antes de la guerra eso no me pasaba .
3. Me cuesta mucho ver los desfiles militares porque no dejo de recordar todo lo que pasó con mucha tristeza.
4. Sueño con el portaaviones, la estela que deja en la popa y me despierto.

CASO LXXIII.

Acontecimientos:

1. Conscripto del Batallón de Comunicaciones del Regimiento 601. Estando en Puerto Argentino en el Puerto desembarcando víveres, de pronto aparecen dos Sea Harrier y un helicóptero ametrallando la posición y yo no tengo ningún arma para repeler el ataque. Me tengo que refugiar detrás de unas construcciones que estaban allí. Fue la única vez que realmente pensé que me iban a matar.
2. Después del ataque, un compañero que estaba agonizando, me pedía ayuda y no pude hacer nada, murió tomándome de la mano.

Reexperimentación:

1. Me despierto como si estuviera sucediendo en este momento el ataque aéreo, mi compañero herido y después no me puedo dormir.
2. Culpa por no haber podido hacer nada por mi compañero que murió en el ataque.

3. Los ruidos de motores de aviones, helicópteros.
4. Los fuegos pirotécnicos, el olor a la pólvora.
5. Hablar de la guerra me pone muy

CASO LXXIV.

Acontecimientos:

1. Estaba en el ejército del servicio militar y me fui a Monte Kent y me desempañaba como fusilero. Lo que más recuerdo es cuando estando en un pozo de zorro explotó muy cerca una bomba y sentí mucho miedo además estaba con un fusil y no podía hacer nada tenía mucho miedo de morir. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
2. He visto morir gente al lado mío y me siento muy mal. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Me causa mucho malestar cuando el tiempo está nublado, hay mucho viento y llueve, me hace recordar mucho cuando estaba en la guerra.
2. Cuando me acuerdo de sucesos de la guerra sobre todo cuando estaba en pozo de zorro me causa sudación y temblor.
3. Anteriormente tomaba mucho alcohol.
4. Cuando recuerdo a las personas me siento muy triste y angustiado.
5. Tengo muchas pesadillas estando yo en pozo de zorro, como que siento que estoy indefenso, tengo palpitaciones y siempre sueño con la explosión de la bomba que cayó cerca de mí.

CASO LXXV.

Acontecimientos:

1. Fui destinado a Malvinas el 9 de Abril, me desempeñé como jefe de pelotón de tiradores de la compañía Obra Batallón de Infantería de Marina N° 5. Uno de los momentos más traumáticos que viví fue en un tiroteo muy intenso donde vi morir a dos compañeros míos, eso me dio mucha bronca y no medí las consecuencias cuando avancé hacia el enemigo disparando hasta terminar con mi munición, simplemente quería vengar la estúpida muerte de mis dos amigos. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**

Reexperimentación:

1. Tengo reacciones de sobresalto y siento que me ahogo. A veces cuando duermo tengo la sensación de estar despierto y que hay alguien a mi lado y me provoca mucho temor y hago un gran esfuerzo para despertarme.
2. Sueño con mis compañeros muertos y es una película que la vivo casi todas las noches como los matan.
3. Fui derivado al Borda por una alteración psicomotriz con resultado negativo el año 93. Evito visitar centros veteranos y cuando escucho

comentarios me siento encerrado en mí y revivo como si fuese ayer lo que viví hace 19 años y quedo como colgado en mis recuerdos. Siempre me veo en el pozo de zorro, siempre me veo combatiendo, como que todos los días son un volver a empezar en la guerra.

4. No soporto los ruidos, ni siquiera la pirotecnia, lo siento muy real y por momentos siento mucho miedo.

CASO LXXVI.

Acontecimientos:

1. Estando en Monte Kent nos atacaron el 12 de junio terriblemente, al principio no era tan malo porque atacaban y retrocedían, atacaban y retrocedían pero la tercera vez vinieron con todo y lo peor que nuestro jefe había muerto (Teniente Silva) y nos quedamos a cargo del Cabo Ruiz y cuando comenzamos a retroceder nos comenzaron a bombardear .
2. El regimiento 3 estaba tomado y el otro regimiento también y nosotros nos cubríamos la retirada por falta de apoyo, tuvimos que pasar por un campo minado por suerte sin ninguna baja. **CAPACIDAD DE GRADO 3.**
3. Cuando estábamos tras las piedras porque bombardearon nuestra tropa, había soldados heridos que gemían y gritaban y no podíamos hacer nada, no los pudimos cubrir (asistir) y los tuvimos que dejar así heridos.
4. No tenía munición suficiente para poder combatir, yo tenía que retroceder porque no tenía con qué tirarles me guardaba algunas municiones para el último momento.
5. A veces estaba en la montaña y al frente había otra montaña, nosotros veíamos cuando ahí transportaban los morteros y cañones y todo en helicóptero y nuestras armas no alcanzaban a tirar hasta ahí. Nos quedábamos mirando como se preparaban para atacarnos.
6. Sentía frío, hambre, de todo porque era imposible llegar con víveres y a veces estábamos tres días sin comer nada.
7. En el ataque me quedó el recuerdo de escucharlos cantar mientras venían avanzando.
8. Retrocedimos y fuimos al pueblo, pudimos hacernos de municiones y cuando volvíamos a combatir nos avisaron que había terminado todo.

Reexperimentación:

1. Pesadillas escuchando voces de gemido y gritos de dolor.
2. En los sueños siempre falta algo, siento mucha angustia porque tengo el miedo que siempre me falta algo.
3. Los días grises y nublados con truenos me ponen mal.
4. No puedo escribir y no puedo caminar mucho por el tema de la columna.
5. Cuándo me pongo nervioso empiezo a retar a los que tengo al lado y luego les pido perdón.
6. Cuándo estoy mal me aíso de la gente.
7. Cuándo escucho cantar de noche muchas veces me sobresalto.

b) Análisis de los datos de la Muestra

Introducción

En la PLANILLA DE ACONTECIMIENTOS se registraron los sucesos que el excombatiente consideró como los más expuestos o representativos.

Para la elaboración se empleó el escalamiento desarrollado por Renis Likert a principios de los 30, este método radica en un conjunto de ítems exhibidos en forma de enunciaciones o reflexiones.

Sobre esa base, se les pide a los veteranos que manifiesten su pensamiento acerca de la vivencia que relatan y su grado de capacidad de respuesta o de control que sintieron, para eso deben optar o elegir uno de los 5 puntos de la escala.

A cada punto se le ha asignado un valor numérico(0 a 4); al mismo se lo utiliza como parámetro según el contenido de la reexperimentación del suceso traumático.

Lo que se busca es saber si existe alguna correlación entre los estresores experimentados y cuantificados según la escala Likert, con el grado de control que el sujeto subjetivamente vivenció.

<u>PLANILLA DE ACONTECIMIENTOS</u>

Nombre y Apellido: _____

Nº de Orden: : _____

Nota: Cuando describa los acontecimientos que Ud. vivió como traumáticos trate de contestar a preguntas tales como: ¿Qué sucedió?, ¿Cómo fue?, ¿Quiénes estaban involucrados?, ¿Cómo respondió usted emocionalmente, durante y después del acontecimiento?

Utilice la siguiente escala para indicar la **Capacidad de Respuesta o de Control** que Ud. tenía para cambiar la situación o frente al enemigo:

0 *Máxima Capacidad de Respuesta/Control* (p. ej., Estando armado frente al enemigo sin armas o teniendo todos los recursos necesarios, 80-100% de probabilidad, para controlar o modificar una situación crítica).

1 *Capacidad de Respuesta/Control Favorecedora* (p. ej., Estando en superioridad numérica o armamentística con respecto al enemigo o teniendo suficientes recursos y posibilidades (75% aprox.) para controlar o modificar una situación crítica).

2 *Mediana Capacidad de Respuesta/Control* (p. ej., Estando en igualdad de condiciones (de fuerzas) que el enemigo o teniendo aceptables posibilidades (50% aprox.) de controlar o modificar una situación crítica).

3 *Baja Capacidad de Respuesta/Control* (p. ej. Estando en inferioridad de condiciones que el enemigo (ej. siendo bombardeado, ocultándose a la vista/fuego del eno.) o con poca probabilidad de controlar o modificar una situación crítica (25% aprox.).

4 *Nula o Mínima Capacidad de Respuesta/Control* (p. ej. Estando prisionero del enemigo o inmovilizado, o teniendo muy pocos recursos y probabilidades de controlar o modificar una situación crítica (20% o menos).

Al final de la descripción de cada acontecimiento traumático anote entre paréntesis el número (de 0 a 4) que mejor represente para Ud. la Capacidad de Respuesta o Control que tenía en aquel momento.

Por favor numere cada acontecimiento (ej., Acontecimiento 1: , y hace su descripción, Acontecimiento 2: ...y así sucesivamente)

Los acontecimientos vividos están enunciados en el ítem *Casos de la Muestra*, a continuación de la síntesis del relato, está la *Reexperimentación de los Sucesos Traumáticos*.

Si bien es cierto que se adoptaron escala de 0 a 4 para definir el grado de control, la muestra fue seleccionada para los veteranos que padecen de Estrés Postraumático. Por esa razón, en la reexperimentación solo se encuentra el grado Bajo (3) y Nulo (4).

Análisis Cualitativo de los Datos

1. Pruebas “ T “ de Diferencias entre Medias de Escalas Sintomáticas

Es una prueba Estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias. Se simboliza T.

Para medir es necesario comparar poblaciones que se diferencien entre sí para que se pueda llegar a un resultado.

Como es una diferencia entre dos grupos comparados, la hipótesis de investigación propone que los grupos difieran significativamente entre sí (**0 Máxima Capacidad de Control a 4 Nula o Mínima Capacidad de Control**), de no diferir, no se cumplirá la hipótesis.

La comparación se realiza sobre una variable. Si hay diferentes variables, se efectúan varias pruebas “T” (una por cada variable). El nivel de medición de la variable es por intervalos de razón, es decir que a la población la mido, en una escala de cinco compartimentos (enunciados al principio del presente ítem).

Si bien es cierto que se adoptaron escalas de 0 a 4 para definir el grado de control, la muestra fue seleccionada para los veteranos que padecen de Estrés Postraumático. Por esa razón, en la reexperimentación sólo se encuentra los grados Bajo (3) y Nulo (4). Esto sucedió porque si la persona tiene grado de control durante el suceso traumático, según lo que aquí se postula; es casi improbable que tenga Estrés Postraumático.

El valor “T” se calculó utilizando un paquete estadístico computado, la significancia está proporcionada como parte de los resultados y ésta debe ser menor de .05 o .01 dependiendo del nivel de confianza seleccionado. En este caso se utilizó .01 es decir que de cien casos, hay posibilidad de uno sobre cien que los resultados sean atribuidos al azar.

La comparación se realiza sobre una variable. Si hay diferentes variables, se efectúan varias pruebas "T" (una por cada variable).

En este análisis es necesario contar con una variable que sea la que agrupe o divida la muestra por lo menos en dos partes como para compararla entre sí respecto de otro conjunto de variables.

En este caso, si bien como se señalara oportunamente, se tomaron cinco partes, el fenómeno de reexperimentación del suceso traumático, está localizado en dos, que son el Bajo y Nulo Grado de Control.

Toda la muestra se ubica dentro de esa escala, por lo tanto se buscó el contraste entre ambas.

Hay cuatro campos de datos que son:

1. Síntomas de reexperimentación.
2. Evitación y Paralización
3. Hipervigilancia
4. Síntomas Asociados.

El concepto que prevalece es, contar con una variable que resuma la información que está en cada uno de estos campos, y entonces se elabora un grupo de cuatro variables que se las denominará Coeficiente (de reexperimentación, evitación y paralización, hipervigilancia y síntomas asociados).

Cada uno de ellos está definido por la sumatoria del puntaje de la *frecuencia* sumado al puntaje de la *intensidad*, por el número de síntomas de la muestra, medidos como si fueran 100. Esto hace que a cada sujeto le corresponda un cierto valor para el conjunto de síntomas.

En el Cuadro A de la prueba, se verifica la diferencia entre las medias, esta es una prueba muy usada para comparar grupos entre sí. Se dice que una diferencia es significativa cuando se tiene una baja probabilidad de atribuirle al azar esa diferencia.

Si la probabilidad es baja atribuida al azar, estamos ante la evidencia que hay una relación causal, es decir no se produce al azar, se produce por algo. En estos casos se manejan dos valores de significación, que pueden ser al 1% y al 5%, y en algunos pocos casos el 10%.

El Nivel de Significación del 1%, como en este caso, existe solamente el 1% de probabilidad de atribuirle al azar esa diferencia que se está observando; y de un 99% atribuido que ese fenómeno ha sido producido por la causa que se investiga.

La diferencia significativa hay que observarla en el Cuadro A, en la columna 5 donde dice Sig. (2-tailed), que significa *Significación Bilateral*.

En todas las variables en que se resume la información de los síntomas de reexperimentación, hipervigilancia, etc., aparece una diferencia significativa en los grupos de control Bajo y Nulo.

PRUEBA T DE DIFERENCIA ENTRE MEDIAS

Cuadros A1 y A2

En el cuadro A están los grupos de veteranos que sufrieron heridas de consideración contrastados con los que no la tuvieron.

A los efectos de encontrar elementos que nos puedan dar relieve y que permita dar sentido a los valores, tomando ese grupo de variables estaba designado columnas de frecuencia y de intensidad. Se le asignó otras cuatro variables que son el cociente entre la intensidad y la frecuencia, para cada una de las variables (evitación, hipervigilancia, etc.) Cuadro A2 Prueba T de Diferencia entre Medias de la Relación entre la Frecuencia e Intensidad del Síntoma.

En la columna 5, Sig. (2-tailed), se observan diferencias significativas en todos los casos para aquellos los que han sufrido lesiones, por ej.: .006, .023, .033 y .020; respecta de los otros valores comparados: .001, .006, .022 y .006.

Los sujetos que sufrieron heridas o lesiones de consideración, se diferencian de los no heridos, en mayor grado por la intensidad de sus síntomas que por la frecuencia.

Se observa que la Media de los sujetos que sufrieron lesiones, es menor a los que no. Resumiendo, cuanto más agresivo sea el estímulo, es mayor el nivel de reexperimentación.

Acá sólo se compara si sufrió o no alguna lesión entonces se comparan las medias de estas variables que son las que se venían considerando, en este cuadro estadístico de la prueba T diferencia entre medias. Es aquí donde aparece el nivel de significación, o sea el cuadro señala si esa diferencia es significativa o no.

Las variables B_{fi}, D_{fi}, E_{fi}, I_{fi}, señalan la media de la variable definida como cociente entre frecuencias e intensidad de los síntomas. Entonces se encuentra una media para la muestra de los que sufrieron o no lesiones. Si sufrieron lesiones con una población N de 20 sujetos, por ejemplo en el caso de B_{Fi}: una media de .7897; y los que no sufrieron lesiones N:61 casos la media de 1,1360.

La columna: *Std. Deviation*, indica el grado de dispersión de los datos respecto de las medias, en otras palabras, si los mismos están reunidos cerca o abiertos de la media. Es decir, la media va a ser la misma pero la dispersión va a ser distinta.

En este caso se tiene un grado de dispersión menor en los sujetos que Si tuvieron lesiones (.3432), respecto del los veteranos que No tuvieron lesiones. El *Std. Error Mean*, está dentro de los valores estadísticos esperables.

Que tengamos una diferencia significativa nos está informando que existe una correlación entre variables.

Cuadro A1

**PRUEBA T DE DIFERENCIA ENTRE MEDIAS
DE LA RELACION ENTRE FRECUENCIA E INTENSIDAD DEL
SINTOMA**

**GRUPOS DE COMPARACION:
Sufrió (Sí/No) heridas de consideración**

Group Statistics

	Sufrió lesiones	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
B_FI	Sí	20	,7897	,3432	7,674E-02
	No	61	1,1360	,5083	6,508E-02
D_FI	Sí	20	1,0118	,2319	5,185E-02
	No	61	1,2092	,3570	4,570E-02
E_FI	Sí	20	,9191	,2493	5,574E-02
	No	61	1,0802	,2992	3,830E-02
I_FI	Sí	20	,6337	,4781	,1069
	No	61	1,0310	,6918	8,857E-02

Definición de variables:

B_fi: cociente entre frecuencia e intensidad en Síntomas

Reexperimentados

D_fi: cociente entre frecuencia e intensidad en Síntomas de Evitación y

Paralización

E_fi: cociente entre frecuencia e intensidad en Síntomas de

Hipervigilancia

I_fi: cociente entre frecuencia e intensidad en Síntomas Asociados

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
B_FI	Equal variances assumed	,174	,678	-2,836	79	,006	-,3463	,1221	-,5894	-,1033
	Equal variances not assumed			-3,442	48,257	,001	-,3463	,1006	-,5486	-,1441
D_FI	Equal variances assumed	2,702	,104	-2,313	79	,023	-,1974	8,534E-02	-,3673	-2,75E-02
	Equal variances not assumed			-2,856	50,369	,006	-,1974	6,912E-02	-,3362	-5,86E-02
E_FI	Equal variances assumed	1,365	,246	-2,171	79	,033	-,1611	7,420E-02	-,3088	-1,34E-02
	Equal variances not assumed			-2,382	38,465	,022	-,1611	6,763E-02	-,2980	-2,43E-02
I_FI	Equal variances assumed	1,128	,291	-2,384	79	,020	-,3974	,1667	-,7291	-6,56E-02
	Equal variances not assumed			-2,862	47,022	,006	-,3974	,1388	-,6767	-,1181

Cuadro A2

Resultados: Se observan diferencias significativas en todos los casos

Conclusión: los sujetos que han sufrido lesiones de consideración se diferencian de los No-heridos, mucho mas por la intensidad de los síntomas que por la frecuencia de aparición de los mismos

Coeficiente de Confiabilidad Alfa-Cronbach

El Coeficiente Alfa-Cronbach es una de las formas de establecer el nivel de confiabilidad de los instrumentos de medición, mide esa confiabilidad a partir de la consistencia interna de los ítems.

Como los ítems de la escala se correlacionan entre sí (**se admite que por encima del punto 70 la prueba es confiable**). El Alfa de Cronbach varía entre 0 y 1, donde: Cero (0) es ausencia total de consistencia y Uno (1) se considera consistencia perfecta; **como valores aceptables, se pueden considerar superiores de 0.70**. Con los valores que se observan (0.79 a 0.90) se considera, que en la presente muestra, la confiabilidad obtenida, es aceptable.

Los coeficientes de correlación entre las variables según lo que se observa en el Cuadro V, en todos los casos es alta y significativa al nivel de confianza de 0.01 con N 81 casos.

Alfa: 0,903 (*Recuerdos Intrusivos, Sueños Angustiantes, Sensación de Repetición, Angustia Psicopatológica, Reacción Fisiológica*).

Alfa: 0,874 (*Evitación de pensamientos, evitación de lugares y actividades, Incapacidad para recordar, Disminución del interés por actividades que antes sí lo eran, Afecto restringido, Sensación de futuro acortado*).

Alfa: 0,828 (*Dificultad en la conciliación del sueño, Irritabilidad, Dificultad de concentración, Hipervigilancia, Sobresaltos*).

Alfa: 0,792 (*Culpabilidad por actos personales, Culpabilidad de Supervivencia, Reducción de conocimiento, Desrealización, Despersonalización*).

De los valores que se observa, nos señala que el instrumento que se construyó para la verificación de la hipótesis, mide según la expectativa para la que fue construída y posee además, una fuerte coherencia interna dentro del conjunto de ítems. En síntesis es un instrumento válido y confiable.

1.	II_08	Culpab. s/actos propios
2.	II_09	Culpab. del sobrev.
3.	II_10	Reduccion de conc.
4.	II_11	Desrealización
5.	II_12	Despersonalización

Reliability Coefficients

N of Cases = 81,0

N of Items = 5

Alpha = 0,792

3. Análisis de Cluster

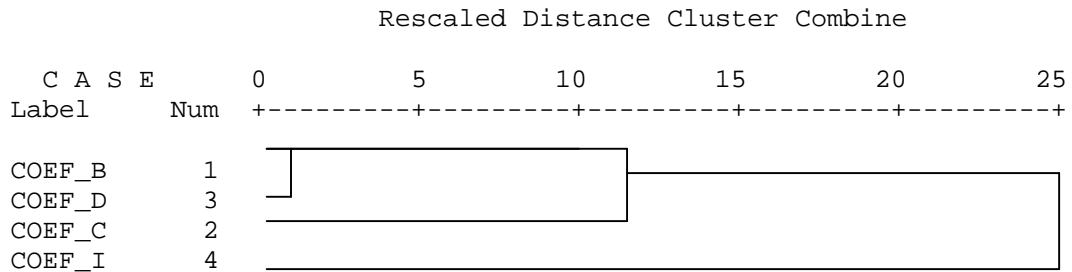
Si bien el análisis de Cluster no conduce a la demostración de la hipótesis, aparece en la investigación aportando datos importantes para el diagnóstico de la efección. Es necesario hacer una aclaración respecto de la terminología, aquí la palabra **coeficiente** es utilizada como *variable*, porque coeficiente es el producto de una operación matemática.

En este análisis se determinó para cada caso, un cierto coeficiente que surge del protocolo que suministró a los veteranos de guerra, articulando la frecuencia con la intensidad del síntoma, y con la cantidad, eso se reúne, con esa información se le asigna un nombre con una letra; cada cual tiene un nombre. Todo esto constituye una variable, a esa variable se la denominó coeficiente.

Esto es una variable construida en base al coeficiente, porque no se puede hacer un cluster de coeficientes, **sí** se puede hacer de variables o sujetos pero **no** de coeficientes. La función más importante es que gráficamente se puede tener una idea de cómo se relacionan determinadas variables entre sí. El cluster organiza la información de acuerdo a la proximidad que se tiene entre variables (coeficientes).

HIERARCHICAL CLUSTER ANALYSIS

Dendrogram using Average Linkage (Between Groups)



En síntesis, el cluster va a reunir grupos de variables (coeficientes), que sean lo más parecidas entre sí y aquellos que se distancian más, entonces va a reunir un grupo de todas las variables que sean más parecidas entre sí.

Este grupo va a estar distanciado o cerca de otro que también tienen algo parecido pero con alguna mínima diferencia y separados del otro grupo que son totalmente distintos.

En el Cuadro, se representa otro tipo de análisis que trata de representar de una forma gráfica, que grado de asociación hay entre cada uno de estos campos entre sí, por ejemplo: el grupo de síntomas de reexperimentación está fuertemente vinculado al grupo de síntomas D.

Esto quiere decir que, si se tienen valores altos en el grupo del Coeficiente B (*Recuerdos Intrusivos, Sueños Angustiantes, Sensación de Repetición, Angustia Psicopatológica, Reacción Fisiológica*), se los tendrá correlacionados fuertemente con el grupo de síntomas del Coeficiente D (*Dificultad en la conciliación del sueño, Irritabilidad, Dificultad de concentración, Hipervigilancia, Sobresaltos*).

Este gráfico demuestra la proximidad de estancia que tiene estos grupos de síntomas entre sí. También los hay con los otros Coeficientes, sobre todo con los síntomas del Coeficiente C (*Evitación de pensamientos, evitación de lugares y actividades, Incapacidad para recordar, Disminución del interés por actividades que antes sí lo eran, Afecto restringido, Sensación de futuro acortado*).

4. Análisis de Correlaciones

En el Cuadro (*Análisis de Correlaciones*) tenemos la muestra calculada de los coeficientes de confiabilidad calculados según el método del momento-producto de Pearson. La correlación del Coeficiente de Reexperimentación es significativa con los otros tres coeficientes, es del 1%. Esto se puede interpretar que la probabilidad de error es de solo uno (1) cada (100).

En este Cuadro están organizadas las variables para el análisis de su correlación, las mismas variables están dispuestas en filas y en columnas. Observamos que el valor que aparece en la diagonal es uno; lógicamente porque la correlación de cualquier variable por sí misma siempre va a ser uno, por eso esta diagonal no se toma.

En realidad lo que se toma es solo una mitad porque otra mitad es igual a la otra. Por ejemplo: supongamos que se tome la variable coeficiente de reexperimentación con la variable de evitación y paralización tiene una correlación del 0.707, aquí sí se tiene una correlación sumamente elevada al punto 0.01, que es significativa.

Quiere decir que es una asociación muy fuerte, solamente se le puede atribuir al azar un grado del 1%. Esto es, se puede asignar una asociación al azar del 1% de probabilidad.

Por lo tanto hay un 99% que obedece a alguna razón, y esta asociación responde a algo; que responda no quiere decir que sea una relación de causalidad.

Esta misma variable correlacionada con la otra variable que se llama coeficiente *hipervigilancia*, da un elevado nivel de significación.

También la variable *reexperimentación con síntomas asociados* correlacionan muy fuertemente 0.476, el 0,06 es decir una alta correlación ya que estamos hablando de un nivel de significación del 0.01.

Esto nos dice que estas variables tienen una relación entre sí muy elevada casi como si no estuviera una sin que esté la otra. Si una está en un grado la otra también lo está, entonces están mostrando el anulamiento entre sí de estas variables.

Si, es difícil pensar que se encuentre con una y no se pueda encontrar con la otra. Por eso no es lícito relacionar correlación con causalidad.

Lo que se está viendo es que grado de asociación tienen entre sí estos niveles de síntomas, dado que todos están muy agrupados y por lo tanto no se los puede medir por eso se dice que están mostrando el anulamiento entre si de estas variables.

En este caso observamos el grado de control bajo o nulo, debido a que fueron los únicos existentes en la muestra. Se midió control bajo con el control nulo en ciertas variables para ver si había diferencia entre medias, dado que esta prueba se usa mucho para estos estudios.

ANALISIS DE CORRELACIONES

Correlations

		Coef. Reexp.	Coef. Evit. y Paral.	Coef Hipervig	Coef Sint. Asoc.
Coef. Reexp.	Pearson Correlation	1,000	,707**	,715**	,476**
	Sig. (2-tailed)	,	,000	,000	,000
	N	81	81	81	81
Coef. Evit. y Paral.	Pearson Correlation	,707**	1,000	,775**	,611**
	Sig. (2-tailed)	,000	,	,000	,000
	N	81	81	81	81
Coef Hipervig	Pearson Correlation	,715**	,775**	1,000	,609**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,	,000
	N	81	81	81	81
Coef Sint. Asoc.	Pearson Correlation	,476**	,611**	,609**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,
	N	81	81	81	81

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

5. Composición de la Muestra y Frecuencias de Variables

Aquí se detallan distintos aspectos de la muestra, no se incluye los perfiles de personalidad por estar incluidos dentro del Marco Teórico en los Aspectos Psicológicos.

Desempeño en la guerra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	soldado	38	46,9	46,9	46,9
	suboficial	14	17,3	17,3	64,2
	radio operador	2	2,5	2,5	66,7
	Jefe de gpo.	8	9,9	9,9	76,5
	espionaje	3	3,7	3,7	80,2
	tecnico	8	9,9	9,9	90,1
	cabo primero	4	4,9	4,9	95,1
	marinero	3	3,7	3,7	98,8
	Sin especificar	1	1,2	1,2	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

Expos a peligro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Propia	10	12,3	12,5	12,5
	Otros	10	12,3	12,5	25,0
	Ambos	60	74,1	75,0	100,0
	Total	80	98,8	100,0	
Missing	System	1	1,2		
Total		81	100,0		

Sufrio lesiones

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	20	24,7	24,7	24,7
	No	61	75,3	75,3	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

Modo de respuesta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Con temor	5	6,2	6,3	6,3
	Desesperanza	1	1,2	1,3	7,5
	Varias de ellas	74	91,4	92,5	100,0
	Total	80	98,8	100,0	
Missing	System	1	1,2		
Total		81	100,0		

Referencia: "Varias de ellas" incluye al menos tres de las siguientes categorías :temor, desesperanza, horror intenso, mucha ansiedad se sentía indefenso, aturdido, estaba en estado de shock.

Dur. molestia 1+mes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	79	97,5	100,0	100,0
Missing	System	2	2,5		
Total		81	100,0		

Angustia objetiva

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	1	1,2	1,4	1,4
	1,00	33	40,7	45,8	47,2
	2,00	14	17,3	19,4	66,7
	3,00	18	22,2	25,0	91,7
	4,00	5	6,2	6,9	98,6
	6,00	1	1,2	1,4	100,0
	Total	72	88,9	100,0	
Missing	System	9	11,1		
Total		81	100,0		

Interf. func. social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	1	1,2	1,4	1,4
	1,00	35	43,2	48,6	50,0
	2,00	17	21,0	23,6	73,6
	3,00	14	17,3	19,4	93,1
	4,00	4	4,9	5,6	98,6
	5,00	1	1,2	1,4	100,0
	Total	72	88,9	100,0	
Missing	System	9	11,1		
Total		81	100,0		

Interf. func. laboral

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	3	3,7	4,3	4,3
	1,00	34	42,0	49,3	53,6
	2,00	15	18,5	21,7	75,4
	3,00	9	11,1	13,0	88,4
	4,00	7	8,6	10,1	98,6
	5,00	1	1,2	1,4	100,0
	Total	69	85,2	100,0	
Missing	System	12	14,8		
Total		81	100,0		

Hay al menos uno?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mayor o igual s 2	77	95,1	100,0	100,0
Missing	System	4	4,9		
Total		81	100,0		

Existencia de TEPT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	81	100,0	100,0	100,0

6. Cruce de Variables y Prueba de Chi Cuadrado

El Chi Cuadrado es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas.

Hipótesis a probar: Asociaciones

Variables Involucradas: Dos. La prueba Chi Cuadrado no considera relaciones causales.

Nivel de Medición de las Variables: Nominal u ordinal (o intervalos o razón reducidas a ordinales).

Procedimientos: Se calcula por medio de una *tabla de contingencia o tabulación cruzada*, que es una tabla de dos dimensiones y cada dimensión contiene una variable. A su vez, cada variable se subdivide en dos o más categorías.

En este capítulo se remodificó a cada variable y se le asignaron valores leves, moderados y elevados.

Las variables descriptivas de *síntomas* fueron transformadas de continuas en discretas para permitir una estratificación tripartita (alta, moderada y baja), con el fin posterior de posibilitar los cruces con los *grados de control* (bajo o nulo). Después se cruza con la *existencia* o no de *lesión*.

Una prueba de chi cuadrado trata de *vincular la aparición de sucesos*, ó sea valores esperados respecto de valores observados.

Los valores esperados sería como lo que todos esperan, que sea de un valor uniforme. Por ejemplo tirar la moneda, el valor esperado que sea 50% cara y 50% contracara, el valor observado supongamos que se de entre 75 y 25. Esta prueba señala si la diferencia es significativa o no. Si marca la diferencia en el cruce de variables nos indica que hay una asociación entre las mismas.

Ahora las variables del cuestionario son cruzadas por el grado de control bajo o nulo y después lo hemos hecho lo mismo con respecto a si sufrió o no heridas.

Para no trabajar con valores dispersos, se transformaron las variables contínuas en discretas, Se conformaron en tres (3) rangos. En el cuadro aparecen los cruces de todas las variables y la prueba del chi cuadrado.

El Chi Cuadrado nos va a orientar hacia aquello que tiene relevancia y entonces después evaluar todas las tablas que cruzan tipo de lesiones, surgen las preguntas de Chi Cuadrado significativas como por ejemplo: sueños angustiantes en relación con el grado de control, etcétera.

Las personas que han tenido durante la experiencia traumática un grado de control bajo de la situación, manifiestan una diferencia en intensidad de los sueños angustiantes respecto de los que tuvieron un control nulo. La prueba Chi Cuadrado lo confirma en los síntomas de: Dificultad para Conciliar el Sueño y Sueños Angustiantes.

En otras palabras, las personas que tienen un grado de control nulo, tienen sueños angustiantes peores, es decir, más intensos, porque definieron valores más elevados respecto de los que han tenido bajo grado de control durante la experiencia traumática, y aquí se manifiesta una diferencia significativa. Menor grado de control mayor nivel o grado de sueños angustiantes y dificultad de conciliación del sueño.

Estamos ante una diferencia significativa del 5% en las pruebas del Chi Cuadrado que figuran al pie.

Respecto si sufrió lesiones o no, aparecen valores palpables en varios síntomas como ser: sueños intrusivos, sueños angustiantes, desapego, alejamiento, afecto restringido, hipervigilancia, etc.. Es bastante determinante, aquel que sufrió lesiones está expuesto en mayor medida a padecer algunos de estos indicadores.

Con respecto a las hipótesis, presencia de algunos síntomas reexperimentados están vinculados al grado de control. La segunda hipótesis específica se corrobora con estos dos cuadros de dificultad de conciliar el sueño y control de sueños angustiantes.

La hipótesis general a través de los cuadros que especifican si sufrió o no lesiones: relacionados con sueños intrusivos, desapego, alejamiento, afecto restringido, hipervigilancia y sobresalto, corrobora la hipótesis propuesta.

Para interpretar las tablas, se dará una lectura del primer cuadro.

CONTROL *Recuerdos Intrusivos*.

En la primera fila aparece que, del Total 49 (última columna) de sujetos que tuvieron control Bajo de Recuerdos.

13 de ellos tienen recuerdos intrusivos **Leves**.

14 sujetos con recuerdos **Moderados** y

22 con recuerdos **Elevados**.

Control Nulo: han tenido 31 sujetos de la muestra de los cuales:

12 tienen recuerdos **Leves**,

4 personas recuerdos intrusivos **Moderado** y

15 casos con recuerdos **Elevados**, lo mismo para todos los demás.

Si se observan las distintas tablas se encontrará en alguna de ellas una diferencia importante, eso es lo que va a estar representada en el análisis final de pruebas significativas.

Con el mismo procedimiento que en ítem anterior, luego de un primer análisis de los datos, se continúa si sufrió lesiones o no, y se empieza desde el principio cruzando las variables.

CRUCE DE VARIABLES y Prueba de Chi Cuadrado

REFERENCIAS: Las variables descriptivas de síntomas fueron transformadas de continuas en discretas para permitir una estratificación tripartita (alto, moderado, bajo) con el fin de posibilitar los cruces.

CONTROL * Recuerdos intrusivos Crosstabulation

			Recuerdos intrusivos			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	13	14	22	49
		% within Recuerdos intrusivos	52,0%	77,8%	59,5%	61,3%
		% of Total	16,3%	17,5%	27,5%	61,3%
	Nula	Count	12	4	15	31
		% within Recuerdos intrusivos	48,0%	22,2%	40,5%	38,8%
		% of Total	15,0%	5,0%	18,8%	38,8%
Total	Count	25	18	37	80	
	% within Recuerdos intrusivos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	31,3%	22,5%	46,3%	100,0%	

CONTROL * Sueños Angustiantes Crosstabulation

			Sueños Angustiantes			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	15	14	20	49
		% within Sueños Angustiantes	50,0%	87,5%	58,8%	61,3%
		% of Total	18,8%	17,5%	25,0%	61,3%
	Nula	Count	15	2	14	31
		% within Sueños Angustiantes	50,0%	12,5%	41,2%	38,8%
		% of Total	18,8%	2,5%	17,5%	38,8%
Total	Count	30	16	34	80	
	% within Sueños Angustiantes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	37,5%	20,0%	42,5%	100,0%	

CONTROL * Sensac. de repeticion Crosstabulation

			Sensac. de repeticion			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	22	13	14	49
		% within Sensac. de repeticion	68,8%	54,2%	58,3%	61,3%
		% of Total	27,5%	16,3%	17,5%	61,3%
	Nula	Count	10	11	10	31
		% within Sensac. de repeticion	31,3%	45,8%	41,7%	38,8%
		% of Total	12,5%	13,8%	12,5%	38,8%
Total		Count	32	24	24	80
		% within Sensac. de repeticion	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	40,0%	30,0%	30,0%	100,0%

CONTROL * Angustia psicologica Crosstabulation

			Angustia psicologica			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	25	11	13	49
		% within Angustia psicologica	65,8%	64,7%	52,0%	61,3%
		% of Total	31,3%	13,8%	16,3%	61,3%
	Nula	Count	13	6	12	31
		% within Angustia psicologica	34,2%	35,3%	48,0%	38,8%
		% of Total	16,3%	7,5%	15,0%	38,8%
Total		Count	38	17	25	80
		% within Angustia psicologica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	47,5%	21,3%	31,3%	100,0%

CONTROL * Reaccion fisiológica Crosstabulation

			Reaccion fisiológica			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	23	11	15	49
		% within Reaccion fisiológica	60,5%	68,8%	57,7%	61,3%
		% of Total	28,8%	13,8%	18,8%	61,3%
	Nula	Count	15	5	11	31
		% within Reaccion fisiológica	39,5%	31,3%	42,3%	38,8%
		% of Total	18,8%	6,3%	13,8%	38,8%
Total		Count	38	16	26	80
		% within Reaccion fisiológica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	47,5%	20,0%	32,5%	100,0%

CONTROL * Evitacion pens/conv. Crosstabulation

			Evitacion pens/conv.			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	22	6	21	49
		% within Evitacion pens/conv.	66,7%	50,0%	60,0%	61,3%
		% of Total	27,5%	7,5%	26,3%	61,3%
	Nula	Count	11	6	14	31
		% within Evitacion pens/conv.	33,3%	50,0%	40,0%	38,8%
		% of Total	13,8%	7,5%	17,5%	38,8%
Total		Count	33	12	35	80
		% within Evitacion pens/conv.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	41,3%	15,0%	43,8%	100,0%

CONTROL * Evit. activ/ lugares Crosstabulation

			Evit. activ/ lugares			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	25	9	15	49
		% within Evit. activ/ lugares	62,5%	60,0%	60,0%	61,3%
		% of Total	31,3%	11,3%	18,8%	61,3%
	Nula	Count	15	6	10	31
		% within Evit. activ/ lugares	37,5%	40,0%	40,0%	38,8%
		% of Total	18,8%	7,5%	12,5%	38,8%
Total		Count	40	15	25	80
		% within Evit. activ/ lugares	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	50,0%	18,8%	31,3%	100,0%

CONTROL * Incap. p/recordar Crosstabulation

			Incap. p/recordar			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	29	10	10	49
		% within Incap. p/recordar	63,0%	55,6%	62,5%	61,3%
		% of Total	36,3%	12,5%	12,5%	61,3%
	Nula	Count	17	8	6	31
		% within Incap. p/recordar	37,0%	44,4%	37,5%	38,8%
		% of Total	21,3%	10,0%	7,5%	38,8%
Total		Count	46	18	16	80
		% within Incap. p/recordar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	57,5%	22,5%	20,0%	100,0%

CONTROL * Dismin. del interes Crosstabulation

			Dismin. del interes			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	28	8	13	49
		% within Dismin. del interes	63,6%	61,5%	56,5%	61,3%
		% of Total	35,0%	10,0%	16,3%	61,3%
	Nula	Count	16	5	10	31
		% within Dismin. del interes	36,4%	38,5%	43,5%	38,8%
		% of Total	20,0%	6,3%	12,5%	38,8%
Total		Count	44	13	23	80
		% within Dismin. del interes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	55,0%	16,3%	28,8%	100,0%

CONTROL * Desapego/ Alejamiento Crosstabulation

			Desapego/ Alejamiento			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	21	11	17	49
		% within Desapego/ Alejamiento	58,3%	68,8%	60,7%	61,3%
		% of Total	26,3%	13,8%	21,3%	61,3%
	Nula	Count	15	5	11	31
		% within Desapego/ Alejamiento	41,7%	31,3%	39,3%	38,8%
		% of Total	18,8%	6,3%	13,8%	38,8%
Total		Count	36	16	28	80
		% within Desapego/ Alejamiento	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	45,0%	20,0%	35,0%	100,0%

CONTROL * Afecto restringido Crosstabulation

			Afecto restringido			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	19	10	20	49
		% within Afecto restringido	61,3%	52,6%	66,7%	61,3%
		% of Total	23,8%	12,5%	25,0%	61,3%
	Nula	Count	12	9	10	31
		% within Afecto restringido	38,7%	47,4%	33,3%	38,8%
		% of Total	15,0%	11,3%	12,5%	38,8%
Total		Count	31	19	30	80
		% within Afecto restringido	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	38,8%	23,8%	37,5%	100,0%

CONTROL * Dif. concil. sueño Crosstabulation

			Dif. concil. sueño			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	11	9	29	49
		% within Dif. concil. sueño	84,6%	81,8%	51,8%	61,3%
		% of Total	13,8%	11,3%	36,3%	61,3%
	Nula	Count	2	2	27	31
		% within Dif. concil. sueño	15,4%	18,2%	48,2%	38,8%
		% of Total	2,5%	2,5%	33,8%	38,8%
Total		Count	13	11	56	80
		% within Dif. concil. sueño	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	16,3%	13,8%	70,0%	100,0%

CONTROL * Irritabilidad/ Cólera Crosstabulation

			Irritabilidad/ Cólera			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	16	15	18	49
		% within Irritabilidad/ Cólera	64,0%	71,4%	52,9%	61,3%
		% of Total	20,0%	18,8%	22,5%	61,3%
	Nula	Count	9	6	16	31
		% within Irritabilidad/ Cólera	36,0%	28,6%	47,1%	38,8%
		% of Total	11,3%	7,5%	20,0%	38,8%
Total		Count	25	21	34	80
		% within Irritabilidad/ Cólera	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	31,3%	26,3%	42,5%	100,0%

CONTROL * Dif. p/ concentrarse Crosstabulation

			Dif. p/ concentrarse			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	20	11	18	49
		% within Dif. p/ concentrarse	62,5%	61,1%	60,0%	61,3%
		% of Total	25,0%	13,8%	22,5%	61,3%
	Nula	Count	12	7	12	31
		% within Dif. p/ concentrarse	37,5%	38,9%	40,0%	38,8%
		% of Total	15,0%	8,8%	15,0%	38,8%
Total		Count	32	18	30	80
		% within Dif. p/ concentrarse	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	40,0%	22,5%	37,5%	100,0%

CONTROL * Hipervigilancia Crosstabulation

			Hipervigilancia			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	20	9	20	49
		% within Hipervigilancia	66,7%	56,3%	58,8%	61,3%
		% of Total	25,0%	11,3%	25,0%	61,3%
	Nula	Count	10	7	14	31
		% within Hipervigilancia	33,3%	43,8%	41,2%	38,8%
		% of Total	12,5%	8,8%	17,5%	38,8%
Total		Count	30	16	34	80
		% within Hipervigilancia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	37,5%	20,0%	42,5%	100,0%

CONTROL * Sobresalto Crosstabulation

			Sobresalto			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	21	8	20	49
		% within Sobresalto	65,6%	57,1%	58,8%	61,3%
		% of Total	26,3%	10,0%	25,0%	61,3%
	Nula	Count	11	6	14	31
		% within Sobresalto	34,4%	42,9%	41,2%	38,8%
		% of Total	13,8%	7,5%	17,5%	38,8%
Total		Count	32	14	34	80
		% within Sobresalto	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	40,0%	17,5%	42,5%	100,0%

CONTROL * Culpab. s/actos propios Crosstabulation

			Culpab. s/actos propios			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	34	7	8	49
		% within Culpab. s/actos propios	59,6%	63,6%	66,7%	61,3%
		% of Total	42,5%	8,8%	10,0%	61,3%
	Nula	Count	23	4	4	31
		% within Culpab. s/actos propios	40,4%	36,4%	33,3%	38,8%
		% of Total	28,8%	5,0%	5,0%	38,8%
Total		Count	57	11	12	80
		% within Culpab. s/actos propios	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	71,3%	13,8%	15,0%	100,0%

CONTROL * Culpab. del sobrev. Crosstabulation

			Culpab. del sobrev.			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	38	7	4	49
		% within Culpab. del sobrev.	64,4%	46,7%	66,7%	61,3%
		% of Total	47,5%	8,8%	5,0%	61,3%
	Nula	Count	21	8	2	31
		% within Culpab. del sobrev.	35,6%	53,3%	33,3%	38,8%
		% of Total	26,3%	10,0%	2,5%	38,8%
Total		Count	59	15	6	80
		% within Culpab. del sobrev.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	73,8%	18,8%	7,5%	100,0%

CONTROL * Reduccion de conc. Crosstabulation

			Reduccion de conc.			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	34	5	10	49
		% within Reduccion de conc.	60,7%	62,5%	62,5%	61,3%
		% of Total	42,5%	6,3%	12,5%	61,3%
	Nula	Count	22	3	6	31
		% within Reduccion de conc.	39,3%	37,5%	37,5%	38,8%
		% of Total	27,5%	3,8%	7,5%	38,8%
Total		Count	56	8	16	80
		% within Reduccion de conc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	70,0%	10,0%	20,0%	100,0%

CONTROL * Desrealización Crosstabulation

			Desrealización			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	36	6	7	49
		% within Desrealización	59,0%	66,7%	70,0%	61,3%
		% of Total	45,0%	7,5%	8,8%	61,3%
	Nula	Count	25	3	3	31
		% within Desrealización	41,0%	33,3%	30,0%	38,8%
		% of Total	31,3%	3,8%	3,8%	38,8%
Total		Count	61	9	10	80
		% within Desrealización	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	76,3%	11,3%	12,5%	100,0%

CONTROL * Despersonalización Crosstabulation

			Despersonalización			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
CONTROL	Baja (25%)	Count	45	1	3	49
		% within Despersonalización	60,8%	50,0%	75,0%	61,3%
		% of Total	56,3%	1,3%	3,8%	61,3%
	Nula	Count	29	1	1	31
		% within Despersonalización	39,2%	50,0%	25,0%	38,8%
		% of Total	36,3%	1,3%	1,3%	38,8%
Total		Count	74	2	4	80
		% within Despersonalización	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	92,5%	2,5%	5,0%	100,0%

Sufrio lesiones * Exp. relatos de daño Crosstabulation

			Exp. relatos de daño		Total
			Sí	No	
Sufrio lesiones	Sí	Count	20		20
		% within Exp. relatos de daño	25,0%		24,7%
		% of Total	24,7%		24,7%
	No	Count	60	1	61
		% within Exp. relatos de daño	75,0%	100,0%	75,3%
		% of Total	74,1%	1,2%	75,3%
Total		Count	80	1	81
		% within Exp. relatos de daño	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	98,8%	1,2%	100,0%

Sufrio lesiones * Recuerdos intrusivos Crosstabulation

			Recuerdos intrusivos			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	2	5	13	20
		% within Recuerdos intrusivos	7,7%	27,8%	35,1%	24,7%
		% of Total	2,5%	6,2%	16,0%	24,7%
	No	Count	24	13	24	61
		% within Recuerdos intrusivos	92,3%	72,2%	64,9%	75,3%
		% of Total	29,6%	16,0%	29,6%	75,3%
Total		Count	26	18	37	81
		% within Recuerdos intrusivos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	32,1%	22,2%	45,7%	100,0%

Sufrio lesiones * Sueños Angustiantes Crosstabulation

			Sueños Angustiantes			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	3	6	11	20
		% within Sueños Angustiantes	10,0%	37,5%	31,4%	24,7%
		% of Total	3,7%	7,4%	13,6%	24,7%
	No	Count	27	10	24	61
		% within Sueños Angustiantes	90,0%	62,5%	68,6%	75,3%
		% of Total	33,3%	12,3%	29,6%	75,3%
Total	Count	30	16	35	81	
	% within Sueños Angustiantes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	37,0%	19,8%	43,2%	100,0%	

Sufrio lesiones * Sensac. de repeticion Crosstabulation

			Sensac. de repeticion			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	5	9	6	20
		% within Sensac. de repeticion	15,2%	37,5%	25,0%	24,7%
		% of Total	6,2%	11,1%	7,4%	24,7%
	No	Count	28	15	18	61
		% within Sensac. de repeticion	84,8%	62,5%	75,0%	75,3%
		% of Total	34,6%	18,5%	22,2%	75,3%
Total	Count	33	24	24	81	
	% within Sensac. de repeticion	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	40,7%	29,6%	29,6%	100,0%	

Sufrio lesiones * Angustia psicologica Crosstabulation

			Angustia psicologica			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	8	4	8	20
		% within Angustia psicologica	20,5%	23,5%	32,0%	24,7%
		% of Total	9,9%	4,9%	9,9%	24,7%
	No	Count	31	13	17	61
		% within Angustia psicologica	79,5%	76,5%	68,0%	75,3%
		% of Total	38,3%	16,0%	21,0%	75,3%
Total	Count	39	17	25	81	
	% within Angustia psicologica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	48,1%	21,0%	30,9%	100,0%	

Sufrio lesiones * Reaccion fisiológica Crosstabulation

			Reaccion fisiológica			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	8	5	7	20
		% within Reaccion fisiológica	20,5%	31,3%	26,9%	24,7%
		% of Total	9,9%	6,2%	8,6%	24,7%
	No	Count	31	11	19	61
		% within Reaccion fisiológica	79,5%	68,8%	73,1%	75,3%
		% of Total	38,3%	13,6%	23,5%	75,3%
Total	Count	39	16	26	81	
	% within Reaccion fisiológica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	48,1%	19,8%	32,1%	100,0%	

Sufrio lesiones * Evitacion pens/conv. Crosstabulation

			Evitacion pens/conv.			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	6	2	12	20
		% within Evitacion pens/conv.	17,6%	16,7%	34,3%	24,7%
		% of Total	7,4%	2,5%	14,8%	24,7%
	No	Count	28	10	23	61
		% within Evitacion pens/conv.	82,4%	83,3%	65,7%	75,3%
		% of Total	34,6%	12,3%	28,4%	75,3%
Total	Count	34	12	35	81	
	% within Evitacion pens/conv.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	42,0%	14,8%	43,2%	100,0%	

Sufrio lesiones * Evit. activ/ lugares Crosstabulation

			Evit. activ/ lugares			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	7	4	9	20
		% within Evit. activ/ lugares	17,5%	25,0%	36,0%	24,7%
		% of Total	8,6%	4,9%	11,1%	24,7%
	No	Count	33	12	16	61
		% within Evit. activ/ lugares	82,5%	75,0%	64,0%	75,3%
		% of Total	40,7%	14,8%	19,8%	75,3%
Total	Count	40	16	25	81	
	% within Evit. activ/ lugares	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	49,4%	19,8%	30,9%	100,0%	

Sufrio lesiones * Dismin. del interes Crosstabulation

			Dismin. del interes			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	9	4	7	20
		% within Dismin. del interes	20,0%	30,8%	30,4%	24,7%
		% of Total	11,1%	4,9%	8,6%	24,7%
	No	Count	36	9	16	61
		% within Dismin. del interes	80,0%	69,2%	69,6%	75,3%
		% of Total	44,4%	11,1%	19,8%	75,3%
Total	Count	45	13	23	81	
	% within Dismin. del interes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	55,6%	16,0%	28,4%	100,0%	

Sufrio lesiones * Desapego/ Alejamiento Crosstabulation

			Desapego/ Alejamiento			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	4	6	10	20
		% within Desapego/ Alejamiento	10,8%	37,5%	35,7%	24,7%
		% of Total	4,9%	7,4%	12,3%	24,7%
	No	Count	33	10	18	61
		% within Desapego/ Alejamiento	89,2%	62,5%	64,3%	75,3%
		% of Total	40,7%	12,3%	22,2%	75,3%
Total	Count	37	16	28	81	
	% within Desapego/ Alejamiento	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	45,7%	19,8%	34,6%	100,0%	

Sufrio lesiones * Afecto restringido Crosstabulation

			Afecto restringido			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	5	2	13	20
		% within Afecto restringido	15,6%	10,5%	43,3%	24,7%
		% of Total	6,2%	2,5%	16,0%	24,7%
	No	Count	27	17	17	61
		% within Afecto restringido	84,4%	89,5%	56,7%	75,3%
		% of Total	33,3%	21,0%	21,0%	75,3%
Total	Count	32	19	30	81	
	% within Afecto restringido	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	39,5%	23,5%	37,0%	100,0%	

Sufrio lesiones * Dif. concil. sueño Crosstabulation

			Dif. concil. sueño			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	3	2	15	20
		% within Dif. concil. sueño	23,1%	16,7%	26,8%	24,7%
		% of Total	3,7%	2,5%	18,5%	24,7%
	No	Count	10	10	41	61
		% within Dif. concil. sueño	76,9%	83,3%	73,2%	75,3%
		% of Total	12,3%	12,3%	50,6%	75,3%
Total		Count	13	12	56	81
		% within Dif. concil. sueño	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	16,0%	14,8%	69,1%	100,0%

Sufrio lesiones * Irritabilidad/ Cólera Crosstabulation

			Irritabilidad/ Cólera			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	4	4	12	20
		% within Irritabilidad/ Cólera	15,4%	19,0%	35,3%	24,7%
		% of Total	4,9%	4,9%	14,8%	24,7%
	No	Count	22	17	22	61
		% within Irritabilidad/ Cólera	84,6%	81,0%	64,7%	75,3%
		% of Total	27,2%	21,0%	27,2%	75,3%
Total		Count	26	21	34	81
		% within Irritabilidad/ Cólera	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	32,1%	25,9%	42,0%	100,0%

Sufrio lesiones * Dif. p/ concentrarse Crosstabulation

			Dif. p/ concentrarse			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	6	5	9	20
		% within Dif. p/ concentrarse	18,2%	27,8%	30,0%	24,7%
		% of Total	7,4%	6,2%	11,1%	24,7%
	No	Count	27	13	21	61
		% within Dif. p/ concentrarse	81,8%	72,2%	70,0%	75,3%
		% of Total	33,3%	16,0%	25,9%	75,3%
Total		Count	33	18	30	81
		% within Dif. p/ concentrarse	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	40,7%	22,2%	37,0%	100,0%

Sufrio lesiones * Sobresalto Crosstabulation

			Sobresalto			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	5	1	14	20
		% within Sobresalto	15,2%	7,1%	41,2%	24,7%
		% of Total	6,2%	1,2%	17,3%	24,7%
	No	Count	28	13	20	61
		% within Sobresalto	84,8%	92,9%	58,8%	75,3%
		% of Total	34,6%	16,0%	24,7%	75,3%
Total	Count	33	14	34	81	
	% within Sobresalto	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	40,7%	17,3%	42,0%	100,0%	

Sufrio lesiones * Culpab. s/actos propios Crosstabulation

			Culpab. s/actos propios			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	15	2	3	20
		% within Culpab. s/actos propios	26,3%	16,7%	25,0%	24,7%
		% of Total	18,5%	2,5%	3,7%	24,7%
	No	Count	42	10	9	61
		% within Culpab. s/actos propios	73,7%	83,3%	75,0%	75,3%
		% of Total	51,9%	12,3%	11,1%	75,3%
Total	Count	57	12	12	81	
	% within Culpab. s/actos propios	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	70,4%	14,8%	14,8%	100,0%	

Sufrio lesiones * Reduccion de conc. Crosstabulation

			Reduccion de conc.			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	12	3	5	20
		% within Reduccion de conc.	21,1%	37,5%	31,3%	24,7%
		% of Total	14,8%	3,7%	6,2%	24,7%
	No	Count	45	5	11	61
		% within Reduccion de conc.	78,9%	62,5%	68,8%	75,3%
		% of Total	55,6%	6,2%	13,6%	75,3%
Total	Count	57	8	16	81	
	% within Reduccion de conc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	70,4%	9,9%	19,8%	100,0%	

Sufrio lesiones * Desrealización Crosstabulation

			Desrealización			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	16	1	3	20
		% within Desrealización	25,8%	11,1%	30,0%	24,7%
		% of Total	19,8%	1,2%	3,7%	24,7%
	No	Count	46	8	7	61
		% within Desrealización	74,2%	88,9%	70,0%	75,3%
		% of Total	56,8%	9,9%	8,6%	75,3%
Total	Count	62	9	10	81	
	% within Desrealización	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	76,5%	11,1%	12,3%	100,0%	

Sufrio lesiones * Despersonalización Crosstabulation

			Despersonalización			Total
			Leve	Moderado	Elevado	
Sufrio lesiones	Sí	Count	18	1	1	20
		% within Despersonalización	24,0%	50,0%	25,0%	24,7%
		% of Total	22,2%	1,2%	1,2%	24,7%
	No	Count	57	1	3	61
		% within Despersonalización	76,0%	50,0%	75,0%	75,3%
		% of Total	70,4%	1,2%	3,7%	75,3%
Total	Count	75	2	4	81	
	% within Despersonalización	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	92,6%	2,5%	4,9%	100,0%	

7. Prueba Chi Cuadrado Significativas

Del análisis de las pruebas en este apartado, se observa que todos los sujetos que tienen Estrés Postraumático tienen las características señaladas en el instrumento.

El chi cuadrado compara frecuencias observadas con frecuencias esperadas. Frecuencias observadas son las de la investigación y las frecuencias esperadas responden a una teoría a priori (DSM IV). Cuando los valores están más cercanos (lo observado de lo esperado), es que no hay diferencias significativas, porque la variable no es un factor determinante para la discriminación como es lo que se postula.

Aquí se comprueba claramente las diferencias, por lo que se considera que se confirma lo que se ha postulado en el 2do Objetivo específico de la Hipótesis General y el 1ro. y 3ro. de las Hipótesis Específicas

Como segundo comentario, aparece el nivel de significación respecto de las heridas o no en la guerra, independientemente del grado de control. El haber o no experimentado lesiones, interviene mucho en la presencia de los síntomas y en cierto grupo de síntomas particulares.

Como todos los sujetos tenían control bajo o nulo y no se da la diferencia de ese modo en que fue planteado. Si se observa la diferencia en relación con la gravedad de los síntomas y el hecho de estar o no herido.

Respecto de los síntomas del sueño vinculados al hecho del control bajo- nulo, se ve una diferencia significativa.

PRUEBAS CHI CUADRADO SIGNIFICATIVAS

CONTROL * Sueños Angustiantes

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,329 ^a	2	,042
Likelihood Ratio	7,104	2	,029
Linear-by-Linear Association	,424	1	,515
N of Valid Cases	80		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,20.

CONTROL * Dif. concil. sueño

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,064 ^a	2	,029
Likelihood Ratio	7,664	2	,022
Linear-by-Linear Association	6,303	1	,012
N of Valid Cases	80		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,26.

Sufrio lesiones * Recuerdos intrusivos

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,303 ^a	2	,043
Likelihood Ratio	7,200	2	,027
Linear-by-Linear Association	5,926	1	,015
N of Valid Cases	81		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,44.

Sufrio lesiones * Sueños Angustiantes

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,748 ^a	2	,056
Likelihood Ratio	6,296	2	,043
Linear-by-Linear Association	3,758	1	,053
N of Valid Cases	81		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,95.

Sufrio lesiones * Desapego/ Alejamiento

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,075 ^a	2	,029
Likelihood Ratio	7,528	2	,023
Linear-by-Linear Association	5,611	1	,018
N of Valid Cases	81		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,95.

Sufrio lesiones * Afecto restringido

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,072 ^a	2	,011
Likelihood Ratio	8,967	2	,011
Linear-by-Linear Association	6,186	1	,013
N of Valid Cases	81		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,69.

Sufrio lesiones * Hipervigilancia

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,325 ^a	2	,016
Likelihood Ratio	9,626	2	,008
Linear-by-Linear Association	6,762	1	,009
N of Valid Cases	81		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,20.

Sufrio lesiones * Sobresalto

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,903 ^a	2	,012
Likelihood Ratio	9,199	2	,010
Linear-by-Linear Association	6,075	1	,014
N of Valid Cases	81		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,46.

15. Recolección de Datos y Conclusiones de la Investigación

A) Relación Final de la Investigación :

El presente trabajo es un análisis del concepto de trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), y su relación con la composición de los síntomas observados en la muestra, de veteranos Argentinos de la Guerra del Atlántico Sur.

Objetivo General

Describir la composición sintomática en una muestra de veteranos de la guerra de las Malvinas que padecen Trastorno por Estrés Postraumático.

Este objetivo sí se cumplió ya que de una población entrevistada de aproximadamente doscientos treinta (230) veteranos de guerra, se seleccionaron ochenta y uno que padecían de Estrés Postraumático. El resto no cumplía con las especificaciones detalladas en las publicaciones: DSM IV y CIE 10.

Se establecieron dos objetivos específicos de los cuales uno se corroboró y otro no, dejando éste último un lugar para una futura investigación.

1er .Objetivo Específico

Establecer si existe asociación significativa entre algunos síntomas específicos del trastorno por Estrés Postraumático y el grado de control percibido por los sujetos durante la situación traumática.

El primer objetivo buscaba establecer la existencia de una asociación entre, el grado de control percibido por los sujetos durante el desarrollo de las acciones bélicas, y la presencia de determinados síntomas del trastorno.

Se pudo corroborar en algunos síntomas debido a que la muestra, por su construcción, determinaba: a los veteranos que tenían TEPT por un lado, con el grado de control percibido por los mismos en la situación estresante por el otro.

Al momento de la evaluación se encontró que las casi únicas respuestas que aparecieron, eran referidas a la reexperimentación de los sucesos traumáticos relacionados con los grados de control bajo o nulos, y los tres restantes (Muy alto, alto y mediano control) no aparecieron y por lo tanto el rango de comparación se limitó a dos categorías, mientras que había sido diseñado para cinco, lo que ocasionó que muchos items no se pudieran corroborar.

Eso dio lugar a que no existiera una diferencia significativa con que se pudiera contrastar, como sería compararla con un grupo control de personas que, habiendo estado bajo la misma amenaza, no hayan experimentado el Trastorno.

Esto confirma la presunción sobre la relación entre el bajo grado de control y la reexperimentación de algunos síntomas del suceso traumático.

En otras palabras, el material observado en la muestra respecto de los síntomas de la reexperimentación del TEPT, está dentro de una escala 3 (bajo) o 4 (nulo) grado de control de la situación, es la que el sujeto apreció, durante los acontecimientos traumáticos. Hiciera lo que hiciera, no tenía los medios ni podía acceder a elementos que pudieran cambiar el curso de las cosas.

Si los valores observados para alto control y bajo control no difieren mucho, quiere decir que poco está operando esa variable en forma discriminable relativamente, cuando se dice valores esperables, es esperable estadísticamente. Estadísticamente se supone que hay una homogeneidad, mientras que aquí se postula la diferencia.

Esto deja planteado una futura investigación, debido a que es posible realizarla agregando a esta muestra, una *muestra control* con los veteranos de guerra, que habiendo participado en situaciones parecidas, no experimentaron TEPT. Sobre todo a los que estuvieron en el primer momento y luego retornaron al continente.

De hecho se dejó de lado a 150 personas (aproximadamente) evaluadas, que no continuaron con el procedimiento por no estar dentro del criterio adoptado.

2do. Objetivo Específico

Establecer si la Intensidad del trauma está asociada a la intensidad de los síntomas del trastorno.

Este hecho **también** se corroboró, contrastando los veteranos que presentaban heridas, respecto de los que no, es decir, que los que habían experimentado heridas físicas, presentan mayor grado de intensidad en la reexperimentación, respecto a los que solo sufrieron daños psicológicos.

Esto está claramente establecido en la Pruebas de Chi Cuadrado Significativas respecto de los cuadros relacionados con el sufrimiento de lesiones.

El chi cuadrado compara frecuencias observadas con frecuencias esperadas. Cuanto más cerca está lo observado de lo esperado, es que no hay diferencias significativas, significa que esa observación no da un aporte científico, sería como enunciar un silogismo (Sócrates es un hombre, Los hombres son mortales ; luego Sócrates es mortal).

En este caso, la diferencia señalada en el chi cuadrado, es significativa, **por lo que se considera, se corrobora lo postulado con los resultados obtenidos.**

Sufrió lesiones * Recuerdos intrusivos

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,303 ^a	2	,043
Likelihood Ratio	7,200	2	,027
Linear-by-Linear Association	5,926	1	,015
N of Valid Cases	81		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,44.

Sufrió lesiones * Sueños Angustiantes

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,748 ^a	2	,056
Likelihood Ratio	6,296	2	,043
Linear-by-Linear Association	3,758	1	,053
N of Valid Cases	81		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,95.

Sufrió lesiones * Desapego/ Alejamiento

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,075 ^a	2	,029
Likelihood Ratio	7,528	2	,023
Linear-by-Linear Association	5,611	1	,018
N of Valid Cases	81		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,95.

Sufrió lesiones * Afecto restringido

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,072 ^a	2	,011
Likelihood Ratio	8,967	2	,011
Linear-by-Linear Association	6,186	1	,013
N of Valid Cases	81		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,69.

Sufrió lesiones * Hipervigilancia

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,325 ^a	2	,016
Likelihood Ratio	9,626	2	,008
Linear-by-Linear Association	6,762	1	,009
N of Valid Cases	81		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,20.

Sufrió lesiones * Sobresalto

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,903 ^a	2	,012
Likelihood Ratio	9,199	2	,010
Linear-by-Linear Association	6,075	1	,014
N of Valid Cases	81		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,46.

Hipótesis Específicas de a)

1-La presencia de algunos de los síntomas reexperimentados (evaluados a través del CAPS) está asociada con los distintos grados de control percibidos por el sujeto durante la situación traumática.

Esto **sí** se corroboró con los resultados obtenidos en las pruebas Chi Cuadrado Significativas. Aquí establecemos que el grado de control, tienen una diferencia en la intensidad entre las personas de grado bajo y nulo.

Esto es, que en las personas que tienen sueños angustiantes habiendo tenido un nulo grado de control durante la experiencia traumática, la intensidad de los síntomas de reexperimentación en los sueños, es mayor que en los sujetos que han vivido la situación traumática con un grado bajo de control.

Eso está señalando una diferencia significativa: A menor grado de control con que se experimentó la experiencia traumática, la reexperimentación es de mayor intensidad en los Sueños, vividos como muy angustiantes.

Esto también se manifiesta en la Dificultad para Conciliar el Sueño. Es decir que el sujeto al momento de ir a dormir, tiene una dificultad mayor en relación con el grado de Control en su vivencia en la experiencia traumática. A menor

percepción del control por parte del sujeto, mayor es la relación con la dificultad para dormir.

De esto último se puede llegar a inferir que el sujeto antes de dormir teme que una vez dormido, puede reexperimentar el sueño angustiante o pesadilla y por ese motivo tenga ese síntoma. Esta inferencia, es tomada del discurso de los integrantes de la muestra.

CONTROL * Sueños Angustiantes

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,329 ^a	2	,042
Likelihood Ratio	7,104	2	,029
Linear-by-Linear Association	,424	1	,515
N of Valid Cases	80		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,20.

CONTROL * Dif. concil. sueño

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,064 ^a	2	,029
Likelihood Ratio	7,664	2	,022
Linear-by-Linear Association	6,303	1	,012
N of Valid Cases	80		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,26.

2-La presencia de algunos de los síntomas de evitación y paralización (evaluados a través del CAPS) está asociada con los distintos grados de control percibido por el sujeto durante la situación traumática.

Esto **no** se pudo corroborar, debido a las razones antes señaladas de bajo grado de diferencia entre los valores observados con los esperados.

3- La presencia de algunos síntomas de reexperimentación (Evaluados según CAPS), está asociado a la experiencia de haber sufrido Lesiones durante la situación Traumática.

Estos valores **si** fueron corroborados con los valores de las Pruebas Chi Cuadrado Significativas del cuadro que figura al pie.

Esto queda demostrado a través de los Síntomas: Recuerdos Intrusivos, Sueños Angustiantes, Desapego / Alejamiento, Afecto Restringido hipervigilancia y Reacciones de Sobresalto.

Aquí se comparó la muestra de los sujetos con TEPT que habían: presentado heridas o sufrido lesiones, respecto de los que regresaron ilesos o no habían sufrido lesiones durante la guerra.

El resultado demuestra que: los veteranos que sufrieron lesiones, padecían con mayor grado de intensidad los síntomas de reexperimentación, respecto de los veteranos que No experimentaron heridas o lesiones durante el conflicto armado.

Sufrió lesiones * Hipervigilancia

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,325 ^a	2	,016
Likelihood Ratio	9,626	2	,008
Linear-by-Linear Association	6,762	1	,009
N of Valid Cases	81		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,20.

Sufrió lesiones * Sobresalto

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,903 ^a	2	,012
Likelihood Ratio	9,199	2	,010
Linear-by-Linear Association	6,075	1	,014
N of Valid Cases	81		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,46.

B) Conclusiones de la Investigación :

El tamaño de la muestra no justifica dar una conclusión acabada sino dejar señalada la expectativa de continuar el camino de la investigación.

Al hablar de Estrés Postraumático estamos haciendo referencia al fenómeno que se nos presenta, que es la reexperimentación del suceso traumático.

En los Veteranos de Guerra los síntomas quizás son la puerta de entrada a las dificultades familiares y sociales que caracterizan la vida de muchos de los excombatientes.

En primer lugar se corroboró el Objetivo Principal con la adaptación y validación de un instrumento (hasta el presente, inexistente en el país) para evaluar a los Veteranos de Guerra con TEPT.

De los Objetivos Específicos se corroboró con lo señalado que la intensidad del trauma está directamente relacionado con la intensidad de los síntomas del trastorno.

De aquí se desprende que es esperable en la reexperimentación una mayor intensidad de los síntomas asociados en un paciente con heridas físicas que con el que experimentó traumas psicológicos.

Respecto del establecimiento del bajo grado de control percibido por el sujeto en momentos de vivenciar la situación traumática y algunos síntomas de reexperimentación específicos se pudo corroborar la relación. (No se incluyó una muestra control).

Lo que se plantea como hipótesis es que la reexperimentación de los síntomas está directamente relacionada según su percepción "vivencial" de bajo o nulo grado de control de la situación traumática.

Como todos los que padecen de Estrés Postraumático manifestaron lo que se postula, faltó el componente que aporte la diferencia para que resulte válida la propuesta. Cosa que sí pasó en relación a la gravedad de los síntomas.

La Presencia de algunos síntomas de reexperimentación de la situación traumática sí están corroborados con el grado de control, sobre todo los síntomas de Sueños Angustiantes, Dificultad en Conciliar el Sueño, Hipervigilancia, Sobresalto, etcétera.

Módulo 6

16. ***Estudios Experimentales***
17. ***Estudios Relacionados con la Presente Investigación***
18. ***Casos Clínicos***
19. ***Importancia de la Investigación***
20. ***Enunciados de Futuras Investigaciones***
21. ***Conclusión Final***
22. ***Bibliografía***

16. Estudios Experimentales

1. Los síntomas de la parálisis emocional (EN) son un componente importante de la respuesta a un trauma pero no se entiende completamente. Para tratar de demostrar la EN, este laboratorio examinó las respuestas emocionales subjetivas y psicofisiológicas a estímulos visuales estandarizados de veteranos de guerra con y sin PTSD no mostraron evidencia de una reducción en las respuestas emocionales subjetivas o psicofisiológicas. En respuestas a un subgrupo de estímulos más evocativos, los sujetos con PTSD experimentaron menos emociones positivas y más experiencias de emociones negativas que los controles.

Las medidas emocionales subjetivas verbales y no verbales fueron positivamente correlativas para todos los grupos, pero había poca correlación entre las emociones subjetivas y los índices psicofisiológicos. En sujetos con PTSD, mayor tiempo de imágenes se relacionaba con emociones positivas, y para los controles de combate, con emociones negativas.

Bibliografía:

Amdur L. Richard, Larsen Randy, Liberzon Israel, “Emotional Processing in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: A Comparison with Traumatized and Normal Controls”, *Journal of Anxiety Disorders* , Vol. 14 N°3. Co- Editors – in – Chief Cyntia G. Last / Michel Hersen, Editorial Pergamon USA, pág. **219 a 238**, Mayo/Junio (2000).

2. Los autores evaluaron los efectos de los daños en la columna vertebral (parapléjicos y cuadripléjicos) en gente que padecía PTSD al comparar la frecuencia y la gravedad del PTSD de este grupo con una “muestra” de aquellos que tenían heridas traumáticas en otro lado que no fuera la columna vertebral. Los autores descubrieron que los veteranos cuadripléjicos mostraron síntomas de PTSD significativamente menos graves que las “muestras”, que no tenían mucha diferencia con los veteranos parapléjicos. Estos resultados sugieren que mantener una herida en la columna vertebral (cuadripléjicos) baja el riesgo de padecer PTSD, mientras que una herida del tipo parapléjica está asociada a un mayor riesgo de padecer PTSD, aunque el riesgo no es mayor que el que produce experimentar el trauma.

Bibliografía:

Bockian Neil Cynthia L. Radnitz, Louis Hsu, , Dennis D. Tirch, Jeffrey Willard, Lynn B. Lillian, “A Comparison of Posttraumatic Stress Disorder in Veterans With and Without Spinal Cord Injury”, *Short Reports*, **676-680**.

3. Varios estudios clínicos sugieren que los individuos con PTSD experimentaban alteraciones del sistema neuroendócrino, lo que daba resultado a una significativa baja en los niveles de cortisol. Para evaluar esta hipótesis, el serum cortisol matutino fue comparado con una muestra de los veteranos “de teatro” de Vietnam (2490) y una muestra de los veteranos “era” de Vietnam (1972) que no hayan servido en Vietnam. El análisis de las covariables fue utilizado para comparar las concentraciones de cortisol luego de ajustar 9 covariedades (educación, ingreso económico, raza, edad, si fuma o no, ingesta de alcohol, uso de

drogas ilícitas, uso de medicamentos y el índice de masa corporal) Las medidas de cortisol eran más bajas entre los veteranos “de teatro” que actualmente tenían PTSD pero no en aquellos veteranos “era” o en los veteranos “de teatro” que habían tenido PTSD durante toda su vida. Entre los veteranos “de teatro”, el cortisol era inversamente proporcional a la exposición en combate, aquellos veteranos con mayor exposición durante el combate tenían las concentraciones de cortisol más bajas. El análisis del cortisol, en conjunto con otra información clínica puede servir de instrumento para un futuro tratamiento y diagnóstico del PTSD.

Bibliografía:

Boscarino A. Joseph, “Posttraumatic Stress Disorder, Exposure to Combat, and Lower Plasma Cortisol Among Vietnam Veterans: Findings and Clinical Implications”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64 N° 1, American Psychological Association, Editor Larry E. Bentler, pág. **191 a 201**, Washinton DC, Febrero (1996).

4. Examinamos las relaciones entre varias características de haber experimentado abuso sexual, el PTSD y la gravedad de sus síntomas y la percepción de control generalizada. Nos encontramos en evaluar tres predicciones que derivan del modelo animal de PTSD que formularon Foa, Zinbarg y Olasov-Rothbaum (1992) y se basaba en los efectos de eventos adversos, incontrolables y / o impredecibles. Una muestra de 117 mujeres estudiantes universitarias participaron y completaron informes sobre experiencias pasadas de abuso sexual infantil, abuso sexual de adultas, severidad del PTSD y lugar donde ocurrió. Los resultados mostraron que el abuso sexual infantil experimentado en varias ocasiones estaba asociado a una disminución de la percepción de control generalizada y que eso se asociaba con una mayor severidad de los síntomas de PTSD. Estos resultados son parciales y requieren mayor estudio.

Bibliografía:

Bolstad Brett R., Richard Zinbarg, “Sexual Victimization, Generalized Perception of Control, and Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity”, *Journal of Anxiety Disorder*, Vol. 11 N° 5, pág. **523-540**, Florida, USA. (1997).

5. Investigaciones sobre la terapia EMDR se volvieron a investigar para responder a las siguientes preguntas: Funciona el EMDR ? y si es así, por qué?. La primera pregunta fue luego subdividida en base a un grupo de control a) sin tratamiento (o en lista de espera), b) tratamientos no válidos y c) tratamientos validos. La evidencia apoya las siguientes conclusiones generales: Primero, el EMDR parece ser efectivo para tratar por lo menos algunos índices de angustia en el grupo sin tratamiento en un número de casos de ansiedad, incluso el PTSD, ataque de pánico y ansiedad al hablaren público. Segundo, e EMDR parece ser tan efectivo o incluso más efectivo que varios tratamientos no válidos (como por ejemplo la relajación, escucha activa) en casos de PTSD. Tercero, a pesar de que varios enunciados dicen lo contrario, ningún estudio publicado previamente comparó directamente el EMDR con algún tratamiento validado por tratar el PTSD (como por ejemplo, el

flooding dirigido por el terapeuta). En el tratamiento de la fobia simple, participar en una simulación ha sido más efectivo que el EMDR. Cuarto, nuestro proyecto revela que no hay evidencia convincente de que los movimientos oculares contribuyan significativamente al tratamiento. Se recomienda realizar más investigaciones.

Bibliografía:

Cahill P. Shawn, Carrigan H: Maureen, Freueh B. Christopher, "Does EMDR Work? And if so, Why?: A Critical Review of Controlled Outcome and Dismantling Research", *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pág. 5-33, (1999).

6. Veintisiete sujetos fueron expuestos al tratamiento EMDR o a un tratamiento similar que no tenía los elementos cognitivos explícitos que se pueden encontrar en el EMDR. Las evaluaciones psicométricas estandarizadas fueron administradas por examinadores independientes en la pre evaluación, la post-evaluación y en dos periodos de seguimientos separados. Los potenciales sujetos se encontraron con criterios específicos de inclusión / exclusión. Medidas subjetivas, entre ellas Unidades Subjetivas de Alteración y Validez cognitiva. UN análisis repetido de las variables reveló que ambos tratamientos producían reducciones significativas de los síntomas que se podían comparar en todas las fases de evaluación. Estos descubrimientos son para dismantlar la idea de que varios elementos del EMDR son superfluos cuando se trata de proveer resultados para el tratamiento.

Bibliografía:

Cusack Karen, Richard Spates, "The Cognitive Dismantling of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)", *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pág. 87-99, (1999).

7. Este informe considera a la siguiente condición empírica, el Movimiento de Desensibilización del Ojo y el Reprocesamiento (EMDR), como un tratamiento para las fobias y también considera algunos conceptos y temas prácticos en relación a su uso. Tanto los estudios que son controlados como los que no sobre la aplicación del EMDR a fobias específicas demostraron que el EMDR puede producir mejoras significativas dentro de un limitado número de sesiones. Con respecto al tratamiento de la aracnofobia en niños, el EMDR es más efectivo que un control de placebos, pero menos efectivo que la exposición en vivo. El apoyo empírico al EMDR aplicado a fobias específicas es todavía escaso, por lo tanto, uno debería ser precavido. Sin embargo, debido a que los estudios para validar cualquier método utilizado en fobias complejas o en fobias relacionadas con un trauma son insuficientes; que el EMDR es un procedimiento limitado, y que puede ser usado en casos en los cuales un enfoque en vivo sería difícil de manejar, la aplicación del EMDR a ciertas fobias específicas amerita mayor investigación y estudio clínico.

Bibliografía:

De Jongh A., Ten broeke, M. R. Renssen, "Treatment of Specific Phobias with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Protocol, Empirical Status, and Conceptual Issues", *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pág. **69-85**. (1999).

8. Este informe considera a la siguiente condición empírica, el Movimiento de Desensibilización del Ojo y el Reprocesamiento (EMDR), como un tratamiento para las fobias y también considera algunos conceptos y temas prácticos en relación a su uso. Tanto los estudios que son controlados como los que no sobre la aplicación del EMDR a fobias específicas demostraron que el EMDR puede producir mejoras significativas dentro d un limitado número de sesiones. Con respecto al tratamiento de la aracnofobia en niños, el EMDR es más efectivo que un control con placebos, por menos efectivo que la expresión en vivo. El apoyo empírico al EMDR aplicado a fobias específicas todavía es escaso, por lo tanto, uno debería ser precavido. Sin embargo, debido a que los estudios para derivar cualquier método utilizado en fobias complejas o en fobias relacionadas con un trauma son insuficientes; que el EMDR es un procedimiento limitado, y que puede ser usado en casos en los cuales un enfoque en vivo sería difícil de manejar , la aplicación del EMDR a ciertas fobias específicas amerita mayor investigación y estudio clínico.

Bibliografía:

De Jongh A., Ten Broeke, Renssen. M. R., "Treatment of Specific Phobias with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Protocol: Empirical Status, and Conceptual Issues", *Journal of Anxiety*, Vol. 15, N° 1-2, pág. **69-83**, (1999).

9. Hace cerca de un siglo Freud formuló la siguiente controversia acerca de los recuerdos de los niños sobre el abuso sexual: Eran verdad o mentira? Recientemente este debate ha sido revivido con intensidad, algunos profesionales mantienen su posición y otros se van de un extremo a otro. Por un lado están aquellos que continúan negando la veracidad de todos los "recuerdos recuperados", y con eso todas las defensas psicológicas como la represión y la disociación. En el otro extremo están aquellos terapeutas que asumen que determinados síntomas invariablemente implican abuso sexual. Hay una colección de anécdotas e investigaciones clínicas y evidencia que apoyan la teoría de que el abuso sexual, al igual que cualquier otro trauma, puede ser olvidado por días, incluso por años, antes de ser recordado. Sin embargo, la reconstrucción de esos recuerdos es un proceso complejo y de alguna manera falible.

Bibliografía:

Del Monte M. Michael, "Retrieved memories of Childhood sexual abuse", *British Journal of Medical Psychology*, Vol. 73, N° 1-13. (2000).

10. Aunque el PTSD frecuentemente prevalence y se convierte en algo crónico, el funcionamiento y la calidad de vida permanece sin ser conocida completamente.

En veteranos de la Guerra de Vietnam con PTSD se dieron los siguientes resultados: disminución en el bienestar, limitaciones físicas, se quedaban en la cama durante el día durante dos semanas, salud física comprometida, actualmente no trabajaban y perpetración de la violencia. El riesgo de un resultado pobre era mayor en los sujetos con PTSD. Las limitaciones físicas, no trabajar, la salud física comprometida y la disminución en el bienestar persistían incluso en los modelos más conservativos que eliminaban los efectos comunes de la patología psiquiátrica de otros desórdenes médicos.

El sufrimiento asociado con el PTSD asociado con la guerra se extiende más allá de los signos y los síntomas del desorden hacia áreas más amplias de la patología social y funcional.

Bibliografía:

Douglas F. Aztatck, Charles R. Marmar, Daniel Weiss, Warren S. Browner, "Posttraumatic Stress Disorder and Functioning and Quality of Life Outcomes in a Nationally Representative Sample of Male Vietnam Veterans", *Am J. Psychiatry* 154:12, pág. **1690- 1695**, December (1997).

11. Un estudio a 81 ex-políticos que estuvieron prisioneros investigó si el PTSD estaba relacionado a la manera en que los individuos procesaban la experiencia de la prisión. En contraste a los participantes sin PTSD, aquellos que sí padecían PTSD crónico o moderado tenían más probabilidad de sentir frustración y un sentimiento de alineación. El PTSD crónico estaba relacionado a negatividad y a un permanente cambio de personalidad o en las aspiraciones. Los grupos no diferían en su intento de obtener control durante su encierro. Los resultados sugieren que la frustración, la alineación y los cambios permanentes estaban relacionados con el PTSD que se manifestaba luego de un trauma interpersonal y que podía necesitar ser tratado.

Bibliografía:

Ehlers Anke, Maercker Andreas, Boos Anne, "Posttraumatic Stress Disorder Following Political Imprisonment: The Role of Mental Defeat, Alienation, and Perceived Permanent Change", *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 109, N° 1, pág. **45- 55**, (2000).

12. El objetivo de este estudio era el de examinar y describir el impacto a largo plazo de los prisioneros de Guerra (POW) dentro de un contexto de psicopatología postraumática. Específicamente, los autores querían investigar el grado relativo de respuesta normativa presentada por el PTSD en comparación con otros axiomas DSM que se presentaban en los POW solos o combinados con otros desórdenes.

Un grupo de 262 POW de la segunda Guerra Mundial y de la Guerra de Corea fueron reclutados. Estos habían estado expuestos a múltiples traumas de combate, captura, encierro e incluso algunos habían buscado tratamiento psicológico. Se utilizaron revistas de **diagnóstico y test psicodiagnóstico**.

El 53% de los hombres tenían PTSD permanentemente, el 29% tenía PTSD en ese momento. Los análisis de regresión indicaron que la edad a la cual habían sido capturados, la severidad del trauma, y el apoyo postmilitar predecían el PTSD.

Esto indicó que el PTSD es una consecuencia persistente, **normativa y** primaria de la exposición a traumas graves.

Bibliografía:

Engdahl Brian, Dikel N. Thomas, Eberly Raina, Blank Arthur, “Posttraumatic Stress Disorder in a Community Group of Former Prisoners of War: A normative Response to Severe Trauma”, *Am J. Psychiatry*; 154:1576-1581, (1997).

13. Los autores examinaron la relación entre el PTSD y los síntomas de depresión en veteranos de la guerra del Golfo. 2949 veteranos fueron examinados al poco tiempo de volver del Golfo 18 – 24 meses después. Completaron una serie de cuestionarios como la escala Mississippi para PTSD relacionado con el combate, y el inventario breve de síntomas en ambos momentos y una versión actualizada de la escala de combate de Laufer en la primera parte de la evaluación. Se encontraron evidencias de una relación recíproca entre el PTSD y la depresión. En los modelos de seguimiento se examinó la reexperimentación, los síntomas de hiperexcitación y la anulación, la relación de reciprocidad se mantenía. En la hiperexcitación, la relación era hiperexcitación que se convertía en depresión.

Bibliografía:

Erickson J. Darin, Jessica Wolfe, Daniel W. King, Lynda A. King and Erica J. Sharkansky, “Posttraumatic stress Disorder and Depression Symptomatology in a Sample of Gulf War Veterans: A Prospective Analysis”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 69 N°1, pág. 41- 49, American Psychological Association, Washinton DC February (2001).

14. Noventa seis mujeres víctimas de agresión y con PTSD crónico fueron elegidas al azar para ser tratadas en las siguientes cuatro condiciones: exposición prolongada (PE), tratamiento para la inoculación del estrés (SIT), tratamiento combinado (PE-SIT) o control de lista de espera (WL). El tratamiento consistía en nueve sesiones individuales dos veces por semana. Se utilizaron evaluaciones independientes como pretratamiento, post-TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTOS DE 3, 6 Y 12 MESES. Los tres primeros tratamientos (PE-SIT, PE-SIT) redujeron la gravedad de los síntomas de PTSD y de depresión en comparación al tratamiento WL, pero los resultados de los tres primeros tratamientos no diferían significativamente entre sí, y esos resultados se mantuvieron durante todo el periodo de seguimiento.

Bibliografía:

Foa Edna, Constance V. Dacu, Elizabeth A. Hembree, Lisa H. Jaycox, A, “Comparison of exposure therapy, stress inoculation training and This Combinators a rancing PTSD in female assant victims”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 67 N°2 , pág. 194 a 200, Abril (1999).

15. Los desórdenes de estrés severo no especificado (Desnos) y el PTSD eran diferentes entre los veteranos que buscaban impacientemente un tratamiento para el PTSD: el 314% tenía las dos condiciones, el 29%

solo tenía PTSD, el 26% tenía DESNOS y el 13% no tenía ninguna de las condiciones. El PTSD se asociaba con niveles altos de exposición en la guerra y con presenciar atrocidades y con impedimentos en la escala Mississippi de PTSD relacionado con el combate y el inventario Penn. El DESNOS estaba asociado con:

- a) Traumas en la niñez y la participación en la guerra
- b) Niveles extremos de trauma intrusivo de reexperimentación
- c) Impedimentos funcionales (relaciones con el objeto)
- d) Uso intenso de servicios Psiquiátricos

El PTSD y el DESNOS pueden ser patológicos, pero son dos síntomas diferentes y como tales merecen tratamientos diferentes.

Bibliografía:

Ford D.Julian, "Disorders of Extreme Stress Following War-Zone Military Trauma: Associated Features of Posttraumatic Stress Disorder or Comorbid but Distinct Síndromes?", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 67 N° 1, pág. **3-12**, (1999).

- 16.** En este pasaje se describe el uso de Terapia Grupal Interactiva Psicoeducacional para mejorar los problemas de autoridad de los veteranos relacionados con el PTSD que les produjo el combate. A pesar de que estos problemas son comunes en esta gente, y que le han causado mucho daño a su familia, su trabajo y dominio legal; es muy raro que se los trate específicamente. Se presenta un marco conceptual de que une el trauma psicológico con una distorsión en las relaciones con la autoridad, seguido de un formato, un procedimiento, ejemplos de casos de estos tipos de terapias grupales. Al descubrir las creencias distorsionadas asociadas con temas traumáticos que aparecen al interactuar en el grupo, el terapeuta del grupo puede primero, ayuda al paciente a hacerse preguntas sobre sus suposiciones sobre la autoridad, y luego, explorar otros comportamientos de adaptación. Se enfatiza la necesidad de examinar en gran detalle las causas y el impacto de los problemas con la autoridad de los clientes.

Bibliografía:

Hadar Lubin, David Read Jonson, "Interactive Psychoeducational Group Therapy in the Treatment of Authority Problems in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder", *International Journal of Group Psychotherapy*, 50(3), pág. **277-295**, (2000).

- 17.** El modelo de ecuación estructural fue usado para examinar las relaciones entre los factores anteriores a la guerra, las dimensiones del estrés por haber estado en la guerra y los síntomas actuales de PTSD usando información de un estudio realizado a 1632 hombres y mujeres del "Estudio Nacional de Reinserción de Veteranos de Vietnam". Para los hombres, los antecedentes de traumas previos (accidentes, robos, desastre natural, etc.) estaban directamente relacionados al PTSD y también interactuaban con el nivel del estresor por haber estado en la guerra y exacerbaban los síntomas de PTSD a aquellos veteranos que estuvieron muy expuestos a la guerra.

Los hombres que estuvieron en la guerra a una edad más temprana mostraron más síntomas. La inestabilidad familiar, un comportamiento antisocial durante la infancia y la edad tenían un efecto indirecto sobre el PTSD en los hombres. En cambio, en las mujeres, los efectos de las situaciones pre-guerra emanaban de la inestabilidad familiar.

Se le debe prestar más atención al desarrollo de condiciones críticas, especialmente a la inestabilidad familiar y a la exposición a traumas previos al conceptualizar el PTSD en los adultos.

Bibliografía:

King W. Daniel and Linda A. King, David W. Foy, David M. Gudanowski, "Prewar Factors in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorders: Structural Equation Modeling With a National Sample of Female and Male Vietnam Veterans", *Journal Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, N° 3, pág. **520-531**, (1996).

18. Ha habido una reciente preocupación sobre el grado en que la sintomatología del PTSD influye las investigaciones sobre la exposición anterior a eventos altamente traumáticos. En este estudio longitudinal de 2942 hombres y mujeres veteranos de la Guerra del Golfo, los autores documentaron cambios en el estresor en dos ocasiones y la asociación entre el cambio y la gravedad de los síntomas de PTSD. Un análisis a intervalos cruzados basado en la regresión fue usado para examinar la relación entre la gravedad de los síntomas de PTSD y más tarde reportaron el descubrimiento del estresor. A los cambios que se fueron dando en las investigaciones se los asoció modestamente con la gravedad de los síntomas de PTSD. El análisis a intervalos cruzados reveló una asociación marginal entre el primer momento de la sintomatología del PTSD y el segundo momento de la exposición del estresor en los hombres.

Bibliografía:

King W. Daniel, King A. Lynda, Erickson J. Daniel, Huang T. Mina, Sharkansky J. Erica, Wolfe Jessica, "Posttraumatic Stress Disorder and Retrospectively Reported Stressor Exposure: A Longitudinal Prediction Model", *Journal of Abnormal Psychology* ., Vol. 109, N° 4, pág. **624-633**. (2000).

19. Los autores examinaron las relaciones entre los métodos para lidiar con el estrés relacionado con el combate y los síntomas psicológicos entre el personal de el Ejército de la Guerra del Golfo (1058) Los participantes fueron examinados al volver de las región del Golfo (Momento 1) con el Inventario de Respuestas para "Manejarse" y la medición del nivel de exposición en combate. Los resultados fueron síntomas de PTSD y depresión. En el momento 2, los participantes completaron las mismas medidas de los síntomas y un índice de estrés post-guerra. Una mayor proporción basada en la forma en que se manejaban en la zona de guerra estaba relacionada a niveles menores de síntomas psicológicos. La exposición en combate moderaba los efectos para manejarse en el momento 1 del PTSD.

El manejarse bien predecía cambios en los síntomas de la depresión pero no en el PTSD. La exposición en combate afectaba esos cambios

en la depresión a través del estrés post-guerra pero tenía un efecto negativo directo sobre el PTSD.

Bibliografía:

King Daniel, Sharkansky Erica, Wolfw Jessica, King Linda, “Coping UIT Gulf War Combat Stress: Mediating and Moderating Effects”, *Journal of Abnormal Psychology* Vol. 109 N° 2, pág. **188 a 197**, Edition American Psychological Association Inc. Washinton DC, Mayo (2000).

- 20.** Se examinaron las relaciones entre los factores pretraumáticos de riesgo (inestabilidad familiar, comportamiento antisocial en la infancia), los estresores de la zona de guerra (combate amenazas), las variables de adaptación- recuperación postrauma (apoyo social, fuerza) y los síntomas de PTSD. Los datos de un grupo de muestra de 432 mujeres y 1200 hombres veteranos fueron analizados usando el modelo de ecuación estructural. Para ambos sexos hubo unión directa entre el PTSD y el pretrauma, la zona de guerra y entre las variables post trauma; hubo varias asociaciones entre el pretrauma y el post trauma. A pesar de que los estresores de la zona de guerra aparecían más en el PTSD de los hombres, las variables de adaptación-recuperación postrauma eran más sobresalientes en las mujeres: Hay que ver de un modo más amplio el trauma, sus secuelas, prestándole más importancia a las múltiples exposiciones en el tiempo, y la disponibilidad de recursos importantes.

Bibliografía:

King Daniel, Foy David, Keane Terence, Fairbank John, “Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Female and Male Vietnam Veterans: Risk factors, War-Zone Stressors and Resilience-Recovery Variables”, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 108, N° 1, pág. **164- 170**, Washintong DC., (1999).

- 21.** Todavía no se ha podido responder si la depresión está relacionada al trauma como parte del PTSD en sí o si esta representa una serie de síntomas autónomos que tienen lugar independientemente del PTSD. Nos centramos en dos temas : a) Cual es la relación entre PTSD y la depresión, medida por los resultados ? y b) Al sacar los componentes depresivos del diagnostico de PTSD, cual es el impacto en los resultados estándar ? Los veteranos mayores de la Segunda Guerra Mundial o de Corea fueron entrevistados y se les dieron reportes sobre el PTSD y la depresión. El CAPS-1 y el MMPI-D fueron usados como medición para el PTSD y la depresión. Las medidas para los resultados fueron el estado de la salud, “ajuste” general, apoyo social y estado psicológico. Los resultados mostraron que la depresión influía sobre el estado de salud y el apoyo social ; PTSD no contribuyó a esta ecuación. El CPAS-1 fue dividido en CPAS-PTSD y CAPS-D (depresión) de acuerdo a los contenidos. En cuanto al “ajuste” y el estado de salud, PTSD tuvo una gran influencia ; para apoyo social y el ritmo cardíaco, la depresión tuvo una gran influencia. La discusión se dirigió al hecho de que la depresión es un factor importante en la expresión de PTSD.

Bibliografía:

Lee Hyer University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Ellen Stanger and Patrick Boudewyns Veterans Affairs Medical Center, Augusta, GA, "The interaction of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Older Combat Veterans", *Journal of Clinical Psychology* Vol. 55 N° 9, pág. **1073-1081**, Editor Wiley, Editors Kenneth I. Howard, Larry E. Beutler, New York, U.S.AA., September (1999).

22. Para entender mejor la patofisiología y el tratamiento de PTSD, se administró a sujetos con PTSD antes y después de tres sesiones de EMDR los siguientes tratamientos: test psicológico estándar, test Rorschach de la mancha de tinta y neuroimagenaria utilizando una Tomografía computarizada de Emisión Única de Fotones (SPECT): En este caso se presenta información reunida de uno de seis sujetos. Luego del EMDR, el sujeto experimentó una mejora en los niveles de distres, lo que estaba relacionado con una baja en el PTSD y en la sintomatología depresiva. El análisis del test de Rorschach corroboró estos cambios. Entre otros descubrimientos, el índice de Hipervigilia fue de positivo a negativo, indicando que el sujeto pasaba menos tiempo buscando amenazas en el ambiente, y los recursos disponibles del ego también aumentaron. Al recordar los eventos traumáticos durante el SPECT, dos áreas del cerebro estaban más hiperactivos luego del tratamiento EMDR: la circunvolución anterior y lóbulo frontal izquierdo. Esto significa que un tratamiento exitoso para el PTSD no reduce la excitación a un nivel marginal, pero que aumenta la habilidad para diferenciar la amenaza real de la imaginaria.

Bibliografía:

Lee Hyer University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Ellen Stange and Patrick Boudewyns Veterans Affairs Medical Center, Augusta, GA, "The interaction of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Older Combat Veterans", *Journal of Clinical Psychology* Vol. 55 N° 9, pág. **1073-1081**, Editor Wiley, Editors Kenneth I. Howard, Larry E. Beutler, New York, U.S.AA., September (1999).

23. Ha habido un gran estudio empírico de las consecuencias psicológicas de las misiones por mantener la paz. Este estudio examinó las relaciones entre 4 variables que caracterizaban este tipo de operaciones (los eventos tradicionales de combate, los aspectos negativos que implican mantener la paz, la presión por mantener las restricciones, y los aspectos positivos de mantener la paz) y los síntomas del PTSD. Los participantes eran 3310 hombres y mujeres soldado que habían servido durante 1992-1994 en una misión a Somalía. Los procedimientos de el modelo de ecuación estructural fueron aplicados a la información de sub-muestras de Afroamericanos y de gente que no era Afroamericana. Para ambos grupos, los eventos tradicionales de combate y los aspectos negativos que implican mantener la paz estaban asociados con el PTSD, la frustración con las restricciones, y los aspectos positivos de mantener la paz ; sin embargo, las restricciones no estaban relacionadas con el PTSD. Las discrepancias entre los grupos incluían las relaciones entre las restricciones, los aspectos positivos y las variables del PTSD.

Bibliografía:

Litz T. Brett, King Linda, King Daniel, Orsillo M. Susan, Friedman Matthew, “Warriors as Peacekeepers: Features of the Somalia Experience and PTSD,” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 65, N° 6, pág. 1001-1010, (1997).

24. El PTSD se caracteriza por síntomas psiquiátricos que emergen como consecuencia de un evento perturbador que está fuera del rango de experiencias humanas comunes. Estos eventos incluyen cualquier amenaza a la vida de la persona o a su integridad física. Eventos de este estilo son los que experimentan los miembros de las Fuerzas Armadas Turcas que trabajan en la región sudeste de Turquía y que se encuentran bajo una continua amenaza de ataques terroristas, los cuales en varias ocasiones fueron fatales y causaron mucha ansiedad y angustia. Este estudio investiga la posibilidad de un aumento en el número de casos con PTSD en los grupos militares debido al incremento de eventos que atentan contra la vida y que están ocurriendo en el sudeste de Turquía. Están siendo estudiadas las referencias que fueron hechas en 1992 por el Departamento de Psiquiatría de la Academia Militar de Gulhane sobre una muestra del ejército del sudeste. El estudio compara y contrasta el rol del trauma y de los factores de vulnerabilidad pre-morbosos, el grado de invalidez causado por el desorden, el rango los desordenes psiquiátricos concurrentes junto con el PTSD, los diferentes esquemas principales de morbosidad y las características demográficas de los casos.

Bibliografía:

Mehmet Sungur, B. Aksin Sumerli and Ahmet Ozcubukcuoglu, “Common Features of PTSD Cases Amongst a Group of Military Staff Referred From the Southeast Region of Turkey”, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Vol. 9, N° 4, pág. 179-28, (1995).

25. El propósito de este estudio fue desenredar la relación entre el abuso sexual durante la infancia y el abuso físico durante la infancia de la victimización sexual y física en edad adulta al diagnosticar los síntomas de PTSD en víctimas de violación. Las participantes eran un grupo “muestra” de 117 adultos víctimas de violación que fueron evaluadas durante 1 mes sobre los antecedentes de abuso sexual o físico durante la infancia u otros abusos físicos o sexuales en la adultez y que actualmente padecían PTSD. Los resultados de los análisis mostraron que un antecedente de abuso sexual durante la infancia parece aumentar la vulnerabilidad en abusos en edad adulta y parece contribuir a los síntomas de PTSD dentro del contexto de otro trauma que ocurrió en edad adulta.

Bibliografía:

Nishith Pallavi, Mindy B. Mechanic and Resick A. Patricia, “Prior Interpersonal Trauma: The Contribution to Current PTSD Symptoms in

Female Rape Victims”, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 109, N° 1, pág. **20-25**, (2000).

- 26.** Los autores evaluaron el parpadeo intermitente y los componentes autónomos de respuesta acústica en PTSD relacionados con el combate. Treinta y siete veteranos de combate de la guerra de Vietnam actualmente con PTSD y diecinueve veteranos sin PTSD fueron expuestos a 15 sonidos consecutivos de 95-dB, 500-ms, 100 Hz con 0-ms momentos de subidas y bajadas, mientras que el electromiograma ocular, la potencia conductora de la piel y el ritmo cardíaco eran medidos. Los veteranos con PTSD comparados con los que no lo tenían produjeron respuestas más parejas de ritmo cardíaco y de electromiograma, y una pequeña declinación en las respuestas de la potencia conductora de la piel a lo largo de los 15 sonidos. Los resultados de este estudio dieron muestras de laboratorio que prueban que los que padecen PTSD tienen una respuesta exagerada a los estímulos sonoros fuertes.

Bibliografía:

Orr Scott P., Natasha B. Lasko, Arieh Y. Shalev, Roger K. Pitman, “Physiologic Responses to Loud Tones in Vietnam Veterans With Posttraumatic Stress Disorder”, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 104, N° 1, pág. **75-82**, (1995).

- 27.** Hay varios debates sobre la efectividad del proceso de EMDR que se caracterizan por incredulidad, creencia ferviente y emoción. Los que realizan las teorías y los pragmáticos clínicos, sin mencionar a los “descubridores” del EMDR, han tomado instancias opuestas que impiden el debate racional. Algunos se pueden sentir ofendidos por la gran comercialización y el fervor del EMDR, lo mejor es hablar, colaborar y realizar experimentos científicos. Estos experimentos deberían combinar los mejores métodos clínicos con un desmembramiento experimental del EMDR.

Bibliografía:

Richards David, “The Eye Movement Desensitization and Reprocessing Debate: Commentary on Rosen Et Al. and Poole Et Al”, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, pág. **13-17**, (1999).

- 28.** Este informe resume datos reunidos en un estudio que todavía continúa. Dos grupos de Veteranos de Vietnam con PTSD recibieron una sesión del tratamiento EMDR que se centraba en la experiencia de guerra más angustiante del veterano. El grupo se asignó al azahar, y los pacientes no sabían nada de los datos de evaluación y el asesor del pre y post tratamiento no sabían nada del tratamiento asignado. Ambos grupos mostraron una mejora en la Escala de Impacto del evento. El tratamiento EMDR mostró cambios positivos en la sesión de niveles subjetivos de Unidades de Disconformidad y en la gravedad de recursos intrusivos. Una tendencia a bajar el ritmo cardíaco se observó en ambos grupos. Estos resultados deben ser considerados cuidadosamente debido a que el número de sujetos evaluados era muy chico.

Bibliografía:

Rogers Susan, Steven M. Silver, James Goss, Jeanne Obenchain, Amy Wills and Robert L. Whitney, "A single Session, Group Study of Exposure and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Treating Posttraumatic Stress Disorder Among Vietnam War Veterans: Preliminary Data", *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pág. **119-130**, (1999.).

- 29.** Los autores examinaron las relaciones entre los métodos para lidiar con el estrés relacionado con el combate y los síntomas psicológicos entre el personal de el Ejército de la Guerra del Golfo (1058) Los participantes fueron examinados al volver de las región del Golfo (Momento 1) con el Inventario de Respuestas para "Manejarse" y la medición del nivel de exposición en combate. Los resultados fueron síntomas de PTSD y depresión. En el momento 2, los participantes completaron las mismas medidas de los síntomas y un índice de estrés post-guerra. Una mayor proporción basada en la forma en que se manejaban en la zona de guerra estaba relacionada a niveles menores de síntomas psicológicos. La exposición en combate moderaba los efectos para manejarse en el momento 1 del PTSD.

El manejarse bien predecía cambios en los síntomas de la depresión pero no en el PTSD. La exposición en combate afectaba esos cambios en la depresión a través del estrés post-guerra pero tenía un efecto negativo directo sobre el PTSD.

Bibliografía:

Sharkansky J. Erica, Daniel W. King, Lynda A. King and Jessica Wolfe, Darin J. Erickson, Lynissa R. Stokes, "Coping With Gulf War Combat Stress: Mediating and Moderating Effects", *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 109, N° 2, pág. **188-197**.(2000).

- 30.** La naturaleza de los recuerdos traumáticos es sujeto de intensas investigaciones científicas. Mientras algunos investigadores han descrito a los recuerdos traumáticos como algo fijo e indeleble, otros han descubierto que son maleables y sujeto de alteraciones substanciales . El presente estudio es una investigación gráfica de recuerdos de eventos traumáticos serios en veteranos de la Operación Tormenta del Desierto.

Los descubrimientos de este estudio no apoyan la teoría de que los recuerdos traumáticos sean fijos e indelebles. Incluso, dicha información sugiere que así como los síntomas de PTSD aumentan, también lo hacen los recuerdos de eventos traumáticos. Este estudio lleva a preguntas sobre la exactitud del recuerdo de tales eventos, así como la bien establecida pero retrospectivamente exacta relación entre los niveles de exposición a un trauma y el grado de síntomas de PTSD.

Bibliografía:

Southwick Steven M., Morgan Andrew, Andreas I. Nicolau and Dennis Charney, "Consistency of Memory for Combat-Related Traumatic Events in Veterans of Operation Desert Storm", *Am J. Psychiatry* 154:2, pág. **173-177**, February (1997).

31. El PTSD asociado con la participación en test militares secretos con gas mostaza durante la segunda guerra mundial fue evaluado en 363 hombres veteranos que fueron elegidos al azar en un registro hecho por el departamento de Asuntos Veteranos. La frecuencia actual era del 32% para el PTSD total y del 10% para el PTSD parcial. La frecuencia del PTSD variaba como una función de riesgo y factores de protección, incluyendo la voluntad para hacer algo, los síntomas físicos durante los test y declaraciones prohibidas. La predicción del PTSD era menor que la predicción del PTSD total. Los veteranos con PTSD total mostraron salud física más pobre, mayor probabilidad a padecer enfermedades crónicas, mayor deterioro funcional y mayor cuidado de su salud que aquellos que no tenían PTSD. Los veteranos con PTSD parcial también tenían peores resultados que los veteranos sin PTSD. Hay una discusión sobre los elementos traumáticos de la exposición experimental al gas mostaza, la vulnerabilidad al PTSD, y la relevancia de los descubrimientos para entender la amplia gama de resultados asociados con el PTSD.

Bibliografía:

Schnurr Paula, Ford Julian, Green Bonnie, Bradley J. Dain and Anjana Sengupta, “Predictors and Outcomes of Posttraumatic Stress Disorder in World War II Veterans Exposed to Mustard Gas”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 68, N° 2, pág. **258-268**, (2000).

32. Los efectos psicológicos a largo plazo relacionados con la Guerra fueron evaluados 3 años después de la Guerra del Golfo Pérsico con la escala Mississippi para el personal de la guerra de la Tormenta del Desierto (M-PTSD-DS) desarrollado de la escala Mississippi para PTSD relacionado con el combate (M-PTSD; Keane, Caddell & Taylor, 1988).

Los puntajes del M-PTSD-DS de 30 marinos del servicio de reserva fue comparado con el número de criterios de PTSD del DSM-III-R que cada uno encontró en dos momentos: uno a tres meses de la guerra del Golfo y el otro tres años después. Los descubrimientos apoyaron la validez de la escala (sensibilidad) en una medida inmediata y longitudinal de grados relativamente no patológicos de estrés relacionado con la guerra en personal de reserva que no estuvo involucrado en combate directamente. El nivel inicial de sintomatología del PTSD luego de volver de la zona de guerra era predecible en el puntaje del M-PTSD-DS tres años después. Esta escala era efectiva para detectar la variación del nivel de estrés post guerra en el grupo de personal de reserva y garantiza es estudio más profundo.

Bibliografía:

Sloan Patrik, Linda Arsenault and Mark Hilsenroth, “A Longitudinal of the Mississippi Scale for combat-Related PTSD in Detecting War-Related Stress Symptomatology”, *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 54 N°8, pág. **1085-1090**, (1998).

33. Cuatro estudios independientes y rigurosamente controlados sobre el EMDR informaron que del 84% al 100% de las víctimas de un trauma se les iba el PTSD luego del tratamiento equivalente a 90 minutos de

sesión. La rapidez de los efectos del tratamiento EMDR hace posibles muchas investigaciones auxiliares. Específicamente, el aumento en el número de casos resueltos en un periodo relativamente cortos permite investigaciones sobre el fenómeno neurofisiológico, estructuras del proceso cognitivo y emocional, análisis de factores de procedimiento y una evaluación sobre la eficacia de la aplicación a diferentes grupos clínicos.

Desafortunadamente, algunas investigaciones han sido gravemente obstaculizadas por tratamientos insuficientes fidedignos y falta de validez clínica. Consecuentemente, este artículo trata de describir los procedimientos y protocolos que se cree contribuyen con los efectos clínicos.

Bibliografía:

Shapiro Francine, "Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the Anxiety Disorders: Clinical and Research Implications of an Integrated Psychotherapy Treatment", *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pág. **35-67**, (1999).

- 34.** Para percibir el nivel de neurotismo y alexitimia de soldados traumatados y el impacto del contexto psicosocial en las experiencias de heridas traumáticas y traumas en la personalidad se utilizaron subescalas MMPI de Hipocondriasis (HS), Depresión (D), Histeria (HY) y Alexitimia (AL), escala de síntomas postraumáticos, IOES-15 para subgrupos intrusivos, subgrupos de prevención y un versión revisada de la entrevista CIDI-PTSD. Los soldados activos que no estaban heridos y los soldados sin discapacidad tuvieron un puntaje significativamente más alto en Histeria y Depresión que los soldados con discapacidad permanente y controles saludables. No hubo una diferencia significativa entre los grupos en: Hipocondriasis, Alexitimia, PTSD y en la escala de impacto del evento. El contexto psicosocial específico, aprensión al trauma y la anticipación y el miedo a un nuevo trauma parecen tener un impacto más fuerte en los soldados heridos que la herida en sí misma.

Bibliografía:

Sivik T., "Certain Psychological Characteristics of soldiers injured in the 1991-1993 war in Croatia", *Stress Med.*, 16:3-10, (2000).

- 35.** El ritmo cardíaco, la conductibilidad de la piel y otras respuestas corporales fueron medidas mientras las participantes con y sin desordenes mentales o PTSD causado por abuso, imaginaban escenas de abuso infantil sexual. Las mujeres que en ese momento tenían PTSD mostraron mayores respuestas psicológicas que aquellas que nunca habían tenido PTSD durante las imágenes de abuso sexual, pero no fue así durante las imágenes de experiencias estresantes pero que tenían nada que ver con el abuso.

Bibliografía:

Scott P. Orr, Natasha B. Lasko, Nancy J. Berry, Caryl E. Ahern, Roger K. Pitman, "Psychophysiologic Assessment of Women With

Posttraumatic Stress Disorder Resulting From Childhood Sexual Abuse”, *Journal of Consulting and clinical Psychology*, Vol. 66, N° 6, pág. 906-913, (1998).

36. En estos años ha habido un debate considerable sobre que tan precisos eran los recuerdos emocionalmente significativos que tenía la gente. Estudios recientes sobre “los recuerdos lamparita” decían que los recuerdos emotivos eran preciso y persistentes. Sin embargo, otros estudios indican que los recuerdos lamparita se deterioran con el tiempo. Este descubrimiento encaja con la idea de que los sujetos han que experimentado un evento traumático no tienen todos los detalles del trauma. Tienen una memoria relativamente buena para la información central y relativa pobre para los detalles periféricos de la situación traumática. Usando información de auto informes de una muestra normal y saludable, Christinson y Loftus hallaron evidencia de esta idea. Este estudio es un intento de copiar los descubrimientos de Christinson y Leftus en un grupo de estudiantes normales. Se les pidió que describían la situación más traumática, luego calificaron cuán vivido era el recuerdo, la intensidad de la emoción al momento del trauma y cuando era recordado, cuanto podía revivirlo, y la cantidad de información central y periférica recordada. Los resultados indicaron que los sujetos que indicaron una emoción más fuerte el momento del trauma recordaban más información central que los sujetos con menos emoción en el momento del trauma. Sin embargo, no hubo diferencias en la cantidad de información periférica.

Bibliografía:

Wessel Ineke and Merckelbach Harald, “Characteristics of Traumatic Memories in Normal Subjects”, *Behavioural an Cognitive Psychotherapy*, 22, pág. 315-324, (1994).

37. El objetivo de los autores era explorar las fuerzas políticas, históricas y sociales que han jugado un rol importante en la aceptación de la idea del trauma como una causa específica de los síntomas del PTSD y discutir el impacto que recientes descubrimientos han tenido en algunos de los conceptos iniciales de este desorden..

Paradójicamente, hay una serie de descubrimientos que apoyan la idea de que el PTSD es una entidad de diagnóstico precisa, pero que es diferente a esa serie de descubrimientos que se originaron de teorías psicosociales y investigaciones sobre el estrés.

El PTSD ha sido un diagnóstico polémico y se encuentra una vez más en un punto vulnerable. Es imperativo que este campo observe como los recientes descubrimientos desafían los conceptos originales de este desorden para que se pueda formular una nueva serie de conceptos.

Bibliografía:

Yehuda Rachel and Alexander C. McFarlane, “Conflict Between Current Knowledge About Posttraumatic Stress Disorder and Its Original Conceptual Basis”, *Am J. Psychiatry* 152:12, pág. 1705- 1711, December (1995).

38. Este estudio examina la implicación tanto de la búsqueda de sensaciones como la valoración subjetiva del cautiverio en la “adaptación” a largo plazo de los ex prisioneros de guerra. Se estudiaron 164 israelíes ex prisioneros de guerra y 184 controles de comparación luego de 18 años de su participación en la guerra Yom Kippur. Los descubrimientos indican que los que buscaban sensaciones más fuertes se ajustaban mejor al estrés del cautiverio que aquellos que buscaban menos intensas. Estos últimos mostraban más síntomas de PTSD, sintomatología psiquiátrica más severa y tendencias más intensas a la introversión. Entre los dos grupos, también había diferencias en sus sentimientos al ser tomados como prisioneros, la evaluación subjetiva del sufrimiento en prisión, la manera de arreglárselas en prisión y los estados emocionales durante el cautiverio. El presente estudio apoya la teoría de que la búsqueda de sensaciones es un importante recurso personal para amortiguar el estrés.

Bibliografía:

Zahava Solomon, Karni Ginzburg, Yuval Neria and Abraham Ohry, “Mental Health Department, Medical Corps, Israel Defense Forces, Coping with war captivity: the role of sensation seeking, Sensation seeking and war captivity”, *European Journal of Personality*, Vol. 9, N° 1, pág. **57-66**, West Sussex, UK, (1995).

17. Estudios Experimentales **Relacionados con la Presente** **Investigación**

Introducción

En el presente capítulo se analizarán diferentes estudios y experimentos que se han desarrollado y que de alguna manera guardan relación con la presente investigación.

Lo que aquí se postula es:

- Si existe relación entre el grado de control percibido por los veteranos durante la situación traumática y algunos síntomas específicos del trastorno.
- Si la Intensidad del Trauma está asociada a la intensidad de los síntomas del Trastorno.

En primer lugar, se investiga que el grado de control que el sujeto percibe durante la situación traumática tiene una relación con la reexperimentación de algunos síntomas. A cuanto menor grado de control, la predisposición a adquirir los síntomas es mayor.

En segundo término, la intensidad del trauma está directamente relacionada con la intensidad de la reexperimentación. Se hizo un paralelo entre los veteranos que poseen TEPT, los que presentaron heridas respecto de los que no, siendo mayor grado de intensidad de reedición de los primeros, respecto de los que no habían sufrido lesiones

Los resultados de esta investigación, se consideran parciales y requieren de un mayor desarrollo.

Estudios Relacionados

1. En el trabajo de Bolstad Brett R., Richard (Año), se exploró las relaciones entre varias características de haber experimentado abuso sexual, el PTSD y la gravedad de sus síntomas y la percepción de control generalizada. Los resultados mostraron que el abuso sexual infantil experimentado en varias ocasiones estaba asociado a una disminución de la percepción de control generalizada y que eso se asociaba con una mayor severidad de los síntomas de PTSD.
2. Un estudio realizado por Ehlers Anke, Maercker Andreas () a 81 ex-políticos, que estuvieron prisioneros; investigaron si el PTSD estaba relacionado con la manera en que los individuos procesaban la experiencia de la prisión.

Se relacionó a los participantes sin PTSD, con aquellos que sí padecían PTSD crónico o moderado. Quienes tenían más probabilidad de sentir frustración y un sentimiento de alineación. El PTSD crónico estaba relacionado a negatividad y a un permanente cambio de personalidad o en las aspiraciones. Los grupos no diferían en su intento de obtener control durante su encierro. Los resultados sugieren que la frustración, la alineación y los cambios permanentes estaban relacionados con el PTSD que se manifestaba, luego, de un trauma interpersonal y que podía necesitar ser tratado.

3. En el trabajo de de Keegan J. (1, p. 386), What Is PTSD?, ¿Cuál es la naturaleza de la relación entre un estresor traumático y el desarrollo de PTSD?. La reexperimentación de Yehuda y Mc Farlane sobre investigaciones en el diagnóstico del PTSD, pone en duda un número de

hipótesis fundamentales en el diagnóstico del PTSD, incluyendo la premisa fundamental que une la exposición a un trauma con el desarrollo del desorden.

El 8% de la frecuencia de PTSD en el grupo tiene valores similares a los reportados por los de la Guerra del Golfo, lo que demuestra que al igual que los soldados en tiempo de guerra, lo que luchan por mantener la paz también corren el riesgo de desarrollar PTSD.

De la misión en Somalia por mantener la paz, son también importantes al predecir la severidad de los síntomas. Las frustraciones en la misión, como por ejemplo la necesidad de moderarse y los cambios en las reglas de compromiso sirven para predecir los síntomas del PTSD.

4. Sivik T.(), en su trabajo “*Certain Psychological Characteristics of Soldiers*”. Investigó la percepción del nivel de neuroticismo y alexitimia de soldados con trauma, el impacto del contexto psicosocial en las experiencias de heridas traumáticas y traumas en la personalidad se utilizaron subescalas MMPI. Observó que los soldados activos que no estaban heridos y los soldados sin discapacidad tuvieron un puntaje significativamente más alto en Histeria y Depresión, que los soldados con discapacidad permanente y controles saludables. No hubo una diferencia significativa entre los grupos en: Hipocondriasis, Alexitimia, PTSD y en la escala de impacto del evento. El contexto psicosocial específico, aprensión al trauma y la anticipación y el miedo a un nuevo trauma parecen tener un impacto más fuerte en los soldados heridos, que la herida en sí misma

5. El estudio de Zahava Solomon, Karni Ginzburg, Yuval Neri (), examina la implicación tanto de la búsqueda de sensaciones como la valoración subjetiva del cautiverio en la “adaptación” a largo plazo de los ex prisioneros de guerra.

Se estudiaron 164 israelíes ex prisioneros de guerra y 184 controles de comparación luego de **18 años**, de su participación en la guerra Yom Kippur.

Los descubrimientos indican que, los que buscaban sensaciones más fuertes se ajustaban mejor al estrés del cautiverio que aquellos, que buscaban menos intensas.

Estos últimos mostraban más síntomas de PTSD, sintomatología psiquiátrica más severa y tendencias más intensas a la introversión. Entre los dos grupos, también había diferencias en sus sentimientos al ser tomados como prisioneros. El presente estudio apoya la teoría de que la búsqueda de sensaciones es un importante recurso personal para amortiguar el estrés.

Observación: En la investigación también se observó que la mayoría de los veteranos de Guerra, presentaban un perfil de personalidad de rasgos Introversos.

6. Bockian Neil Cynthia L. Radnitz, Louis Hsu, , Dennis D. Tirch, Jeffrey Willard, Lynn B. Lillian, A Comparison of Posttraumatic Stress Disorder in Veterans With and Without Spinal Cord Injury, *Short Reports*, **676-680**. ()

Los autores evaluaron los efectos de los daños en la columna vertebral (parapléjicos y cuadripléjicos) en gente que padecía PTSD al comparar la frecuencia y la gravedad del PTSD de este grupo con una “muestra” de aquellos que tenían heridas traumáticas en otro lado que no fuera la columna vertebral. Los autores descubrieron que los veteranos cuadripléjicos mostraron síntomas de PTSD significativamente menos graves que las “muestras”, que no tenían mucha diferencia con los veteranos parapléjicos. Estos resultados sugieren que mantener una herida en la columna vertebral (cuadripléjicos) baja el riesgo de padecer PTSD, mientras que una herida del tipo parapléjica está asociada a un mayor riesgo de padecer PTSD, aunque el riesgo no es mayor que el que produce experimentar el trauma

7. En el trabajo presentado por el Lic. Juan Navarro; (), “Reflexiones acerca de las neurosis de la guerra y sus vinculaciones a la teoría de la pulsión de muerte”, “Sobre un chico de Malvinas”. Se hizo una evaluación clínica de los sueños traumáticos de un paciente:

Acontecimientos

Su misión durante la guerra fue la de transportar la comida de los combatientes que estaban en el frente (él nunca entró en combate, no disparó ni un solo tiro), las bombas le caían cerca. Vio morir a muchos compañeros despedazados por las bombas.

Sus peregrinajes muerto de miedo por el campo para llevar la comida a sus compañeros mientras, en ocasiones, bombardeaban. Entonces era cuando detenía el vehículo y se metía debajo del mismo, nunca sabía si regresaría.

La comida no alcanzaba; sin embargo, cuando se llevo acabo la rendición comió tanto de esos alimentos envasados que parecía una embarazada Pero desde entonces no tiene apetito.

Reexperimentación

Está muy asustado porque todas las noches sueña con escenas de la guerra. En realidad hay solo un sueño que se repite con pocas variaciones “Voy en un jeep a llevar la comida a mis compañeros al frente y un avión me bombardea, me despierto aterrorizado bañado en sudor y gritando”.

En ocasiones sueña que, en lugar de ir en el Jeep, se encuentra en el campo arriba de un tractor, y se esconde debajo de él cuando lo bombardean.

Desde su regreso y baja no sale de su habitación, se niega a alimentarse y ha bajado 20 kilos de peso.

Comentario

Se hizo un resumen del testimonio del paciente de este trabajo, por considerar que es un caso típico de los que se ha hallado en la presente investigación.

En el relato se puede apreciar que, **el contenido de la reexperimentación de los sucesos traumáticos; estarían relacionados con el grado de control, que el sujeto percibió frente a los estímulos (estresores) traumáticos.**

El abordaje fue psicoanalítico y luego de dos años, con varias frecuencias semanales, se pudo lograr una evolución favorable.

Aquí se hace referencia al trabajo presentado por un integrante del equipo de trabajo del Hospital Militar de Campo de Mayo. Si bien hay mucho material para exponer, se considera necesario hacer una señalación respecto del abordaje terapéutico de los Excombatientes.

Es sabido que se debe tener en cuenta, de no formar una identidad sobre los síntomas del paciente, como ser esta persona es fóbica, histérica, etc., dado que al enunciar su patología o su dificultad de adaptación al medio; es posible que se refuerce lo que se busca extinguir, esta es la actitud terapéutica que subyace en la reflexión: *“...la vida continúa: Aparece como resistencia importante...”*

En el caso de los veteranos de Guerra, no se puede abordar esa problemática como un “Beneficio Secundario”, debido a que:

- Hay una identidad de pertenencia de un hecho cargado de significación afectiva.
- La Reexperimentación del suceso traumático, es involuntaria, emerge desde los extractos más internos del sujeto y es algo que el mismo, no puede controlar.
- Plantear que ha concluido la guerra, es interpretado por el veterano como un desconocimiento a su identidad, y por lo tanto hay una empatía muy dificultosa, porque el terapeuta desconoce la problemática global del paciente y de su grupo de pertenencia.
- La sociedad no le dio un reconocimiento, mas bien lo marginó al veterano de guerra, eso hace que opere la Psicología de los Grupos Pequeños: se solidaricen entre sí, mentalidad de clan.

Es importante en ese contexto, “sumar”, es decir, dar un significado de que cada logro que se realiza sería como agregar una condecoración más a su uniforme.

Desde lo trabajado con los grupos terapéuticos, y en la terapia individual, esta modalidad ha dado muy buenos resultados porque, se reconoce no solo la identidad sino que las tareas se las asigna como una “misión” a cumplir.

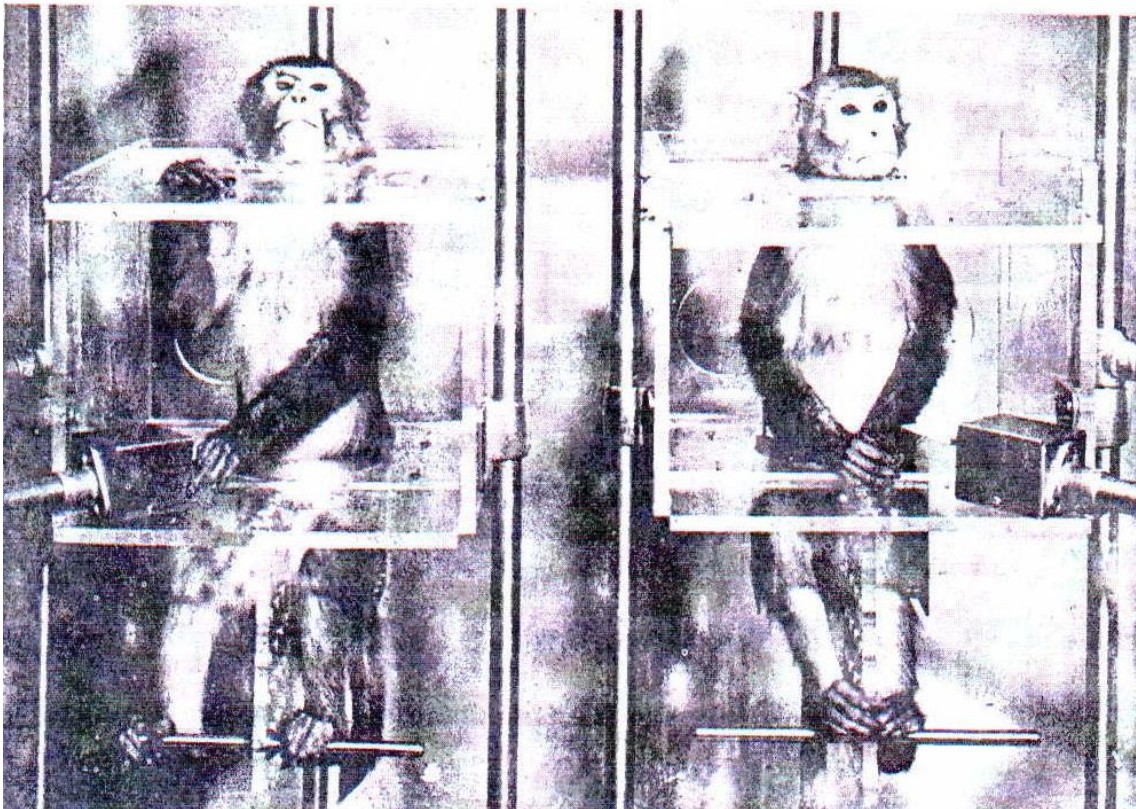
No obstante, se deja abierta la polémica, dado que al igual que el trabajo de referencia, son aportes de abordajes con distinta óptica, pero orientados hacia un fin en común: la curación.

Monos Ejecutivos

En el experimento de los monos , se plantea que hay dos monos, uno de los cuales puede accionar un apalanca y cortar el estímulo adverso, mientras que el otro no.

El segundo mono, aprende que responder ante el estímulo hostil, es inútil porque haga lo que haga, el resultado es el mismo.

El miedo ante una situación traumática disminuye si se aprende que las respuestas controlan la situación; en cambio el miedo prevalece si aprende que el trauma es incontrolable. Con el tiempo es probable que pueda somatizar una enfermedad.



Bibliografía

1. **Bockian Neil Cynthia L. Radnitz, Louis Hsu, , Dennis D. Tirch, Jeffrey Willard, Lynn B. Lillian**, "A Comparison of Posttraumatic Stress Disorder in Veterans With and Without Spinal Cord Injury", *Short Reports*, pág. 676-680.
2. **Bolstad Brett R., Richard Zinbarg**, "Sexual Victimization, Generalized Perception of Control, and Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity, pág. 523-540. , Florida, USA. (1997).
3. **Brady V. Joseph**, "Úlceras em Macacos Executivos", Octubre, (1958).
4. **Ehlers Anke, Maercker Andreas, Boos Anne**, "Posttraumatic Stress Disorder Following Political Imprisonment: The Role of Mental Defeat,

- Alienation, and Perceived Permanent Change”, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 109, N° 1, pág. 45- 55, (2000).
5. **Keegan J. (1, p. 386)**, What Is PTSD?, *Am J. Psychiatry* 154:2, pág. 143-145, February (1997).
 6. **Navarro Juan**, “Reflexiones acerca de las neurosis de la guerra y sus vinculaciones a la teoría de la pulsión de muerte, Sobre un chico de Malvinas”.
 7. **Sivik T.**, “Certain Psychological Characteristics of soldiers injured in the 1991-1993 war in Croatia”, *Stress Med.*, 16:3-10, (2000).
 8. **Zahava Solomon, Karni Ginzburg, Yuval Neria and Abraham Ohry**, “Mental Health Department, Medical Corps, Israel Defense Forces, Coping with war captivity: the role of sensation seeking, Sensation seeking and war captivity”, *European Journal of Personality*, Vol. 9, N° 1, pág. 57-66, West Sussex, UK, (1995).

18. Casos Clínicos

EL Caso de Silvina:

Silvina a la edad de 7 años fue cuidada por los abuelos durante su infancia, debido a que por razones económicas su madre comenzó a trabajar. Hija mayor de 3 hermanos, le seguía una hermana de 5 años y un hermano más chico que tenía 3 años.

A la edad de 5 años ella recuerda que comenzó a tener episodios donde el abuelo la llevaba a la pieza y la acariciaba abusando de ella, mientras la abuela con sus dos nietos miraba la televisión, eso se fue repitiendo a través del tiempo hasta los 12 años de edad.

Si bien desde entonces no recordaba las escenas, tenía presente lo sucedido y tenía siempre conductas de evitación para con el abuelo, desde su inicio sexual tuvo muchos problemas con el sexo, lo vivía con mucha angustia y cuando vestía, lo hacía provocativamente y siempre terminaba con que todos los chicos eran iguales solamente buscaban eso. Se relacionaba con personas muy dominantes o totalmente desvalorizadas.

Nunca dijo nada a los padres porque sabía que el vínculo entre el abuelo y su mamá era muy fuerte, la madre siempre decía que había que estar cerca de los abuelos porque la familia "*siempre tiene que estar unida*", en muchas oportunidades los abuelos viajaban a Mar del Plata y siempre pedían llevarla con ellos, repitiendo muchas veces las escenas: la abuela mirando televisión mientras el abuelo la acariciaba.

Pasado el tiempo, ya Silvina casada, en una fiesta familiar se encuentra con una escena en la cual el abuelo estaba poniendo sobre su falda a su sobrina, hija de su hermana; en ese momento aparecieron en su mente todas esas escenas infantiles que ella había vivido.

Independientemente de los problemas familiares, a partir de ese momento comenzó a tener pesadillas, conductas de aislamiento, y evitación social y a ser agresiva e irritable con la familia y a poseer conductas de hipervigilancia.

Las imágenes recurrentes, cuando ella estaba frente a la puerta de la habitación donde le iba a llevar el abuelo, después no recordaba nada, la angustia que sentía, en momentos que los abuelos hablaban con los padres para pedirles que se la querían llevar por el fin de semana. En dos imágenes recuerda que el abuelo estaba tomando de la mano a su hermana y ella se angustiaba mucho.

Aquí lo que se destaca es que las imágenes recurrentes son sobre hechos potenciales y con poco grado de control sobre la situación imperante. En el comienzo del relato de los acontecimientos, Silvina sentía mucha impotencia por lo sucedido, se buscó mediante distintas técnicas que pudiera expresar su emoción auténtica de rabia y se conecte con la tristeza profunda que sentía.

Se confrontó a los padres y el abuelo, que en principio negaba lo sucedido, fue a un geriátrico (la abuela no vive).

La importancia de tener el control en los ejercicios de imaginería fue muy importante debido a que pudo restablecer la armonía interna y la sintomatología disminuía muy rápidamente.

El caso de Julio:

Un domingo a la tarde luego de hacer las compras en el supermercado junto a con su esposa y sus dos hijos, al llegar a su casa la familia descendió del auto y cada uno llevaba bolsas al interior del domicilio, ingresaron sus hijos y su esposa y él se quedó a sacar más cosas del baúl.

En ese momento se le presentaron tres hombres, dos de ellos venían armados; le pidieron la plata y las llaves del auto. En ese momento él se quedó como paralizado y luego de reaccionar fue a buscar las llaves que estaban en la cerradura de la tapa del baúl que estaba abierta; lo hace con un movimiento brusco para acercarse a la tapa del baúl y una de las dos personas armadas le dispara al abdomen.

Julio no entiende porque le dispara, no había hablado nada, mira a estos hombres y tiene miedo, piensa que le pueden volver a disparar y se tira sobre la vereda.

Si bien los asaltantes salen corriendo, en esos instantes él tuvo miedo de que le volvieran a disparar.

Julio, luego del episodio, presentaba reexperimentación del suceso con mucha ansiedad, sobre todo al volver de la Clínica donde fue asistido. “*Sentí mucha angustia al volver y ver la vereda de entrada a la casa*”, fue lo que señaló en su primer entrevista.

Sufrió los síntomas del trauma desde el inicio, de noche se levantaba cada dos horas promedio, recorría la casa y se volvía a acostar. Cada vez que llegaba a la casa con el coche sentía mucha inseguridad, puso en la casa un sistema privado de seguridad pero igual, eso no cambió en nada sus sueños nocturnos. Recurrentemente tenía imágenes intrusivas que volvían al momento del asalto.

Cuando se le interpretó que lo que lo tenía mal y angustiado era **que temía por la segunda bala**, en ese instante vino a su mente algo que pensó en el instante de mirar a los agresores, “*mejor me tiro así no me matan*”. Durante su permanencia en la vereda estaba con angustia y con el pensamiento que “podrían volver”.

Luego de la sesión, tenía otras actividades que hacer y cuando llegó a la casa, ya en el interior de la misma y en momentos de ver un sensor de seguridad se dio cuenta de que al llegar a la casa no había reparado en la vereda ni en la puerta. Se le pidió además que el frente de la casa sea pintado con un color distinto y que cambie parcialmente la vereda, con algún diseño creativo.

Caso de Esther :

Divorciada, un hijo, el ex esposo alcohólico con serias perturbaciones mentales, pese a denuncias hechas a la justicia le imponen visitas. En un fin de semana, esta persona se llevó al hijo y por un problema doméstico, lo mató con un arma blanca ("*el chico estaba llorando mucho*", fue lo que manifestó).

Permanentemente afloraban en Esther las imágenes del sufrimiento de su hijo ese fin de semana porque no quería ir con el padre, la escena de buscar al hijo en la puerta del domicilio del ex marido.

Luego del juicio se mudó del interior del país a la Capital, evitaba hablar de lo sucedido, de noche no dormía más que dos o tres horas. Pensó en no volver más al pueblo natal. Tiene pensamientos obsesivos que le pueden invadir la casa, está pendiente de identificar el menor ruido extraño, si no se pone muy ansiosa y cada vez que mira imágenes por T.V. que hay hechos de violencia la ponen muy mal.

Se trabajó con la elaboración del duelo y sobre las imágenes en distintos aspectos, sobre todo hacerle tomar el control de la situación con darle protección al hijo, despedirse de él en la escena, pero en lugar del padre que sea Dios (es católica) el que se lo lleva.

Esto mejoró sensiblemente su posición ante sí misma, comenzó a elaborar proyectos futuros inexistentes hasta ese momento, comenzó a trabajar, tiene pareja nutritiva y pertenece a una agrupación de la violencia familiar en la familia.

Caso de Silvia:

Hija menor de una familia numerosa, el padre se fue cuando ella era muy chica, el hermano mayor la crió como si fuera una hija; recuerda la pelea con el hermano cuando tenía 9 años, porque le no había traído caramelos, también cuando él quería verla y ella se encerró en su habitación y fue la última imagen que recuerda.

A esto se suma que escuchó relatos de veteranos que hablaban pasajes traumáticos y dolorosos, incluso soñaba con bombas que caían, por las noches despertaba, alucinaciones de la guerra, situaciones de ver incluso los lugares donde aparentemente pudo haber estado el hermano. Tenía todos los síntomas de reexperimentación de los veteranos de guerra, según el criterio diagnóstico del DSM IV.

A pesar de todo esto, no aceptó en ningún momento la muerte del hermano, fue a buscarlo con fotos, incluso en la ceremonia que se hizo de los veinte años de Malvinas fue y lo buscaba entre la gente. Siempre discutía con los familiares porque permanentemente decía que su hermano estaba vivo y que sabía que iba a volver.

Durante las dos primeras sesiones se trabajó sobre la aceptación de la muerte del hermano, se trabajó sobre la escena de la pelea y se modificó al modo que

ella hubiera querido que sea (que tome el control). Culminando con la lectura de su última carta (que figura al pie) durante el transcurso de una sesión de grupo con veteranos de guerra.

19. Importancia de la Investigación

Importancia de la Investigación

La presente década se está asomando con una escalada de violencia que hace que la afección por Estrés Postraumático, tenga cada día más vigencia.

El trauma a través de accidentes de todo tipo, desastres naturales, tecnológicos y sobre todo por la violencia que se está arraigando cada vez más en el país (y en el mundo); dejan un saldo de víctimas cada vez más numeroso.

Las personas damnificadas directa e indirectamente dejan un número incierto y cada vez más cuantioso de afectados

Las consecuencias psicológicas derivadas pueden variar en su magnitud, pero lo cierto es que la afección del Estrés Postraumático lamentablemente tienen mayor cabida dentro del espectro de las afecciones psicológicas, y es aquí la importancia de lo que se investiga.

Es importante señalar que para cada persona que reciba el impacto de la enfermedad, hay un mayor número de personas afectadas y que son agentes multiplicadores por carácter transitivo. Por eso es tan importante el abordaje de la problemática en su conjunto

La investigación está orientada no solo al diagnóstico sino también y más principalmente, al tratamiento. Si bien la muestra está centrada en los excombatientes de la guerra del Atlántico Sur; hay una correspondencia en la sintomatología de reexperimentación del suceso traumático en los sujetos que padecen TEPT, *cualquiera sea el origen del mismo*.

Es preciso, en principio abordar la patología del paciente en forma interdisciplinaria para dar una asistencia integral, debido a las implicancias del entorno, ya sea laborales, familiares, etc.

Lo que se propone es una mirada clínica a la correspondencia entre los síntomas su relación con los distintos grados de control percibidos por la víctima en momentos de percibir la situación traumática.

También es necesario señalar que si el paciente presenta heridas físicas, es esperable que la intensidad de sus síntomas sean de mayor intensidad y el aporte profesional deba ser mayor.

A continuación, a modo de ilustración, se enumerarán algunos datos de la actualidad nacional e internacional.

Introducción

Actualidad de los Argentinos

Mujeres y chicos que nunca olvidarán cómo la lucha contra la delincuencia los dejó sin padre o marido.

Alejandra Torres estaba poniendo la mesa cuando dos uniformados golpearon la puerta de su casa en Monte Grande. Eran las 13:30 del Martes 19 de septiembre de 2000. Abrió y sintió que un cristal le estallaba dentro de sí. Su esposo, el cabo primero Julio César Gonzáles, le había dicho: “*Si vienen dos oficiales a buscarte es porque me pasó algo*”.

“Después de todos los honores, llegaron los días tristes: el cumpleaños de los chicos y no está el papá, cuando terminan el colegio y sólo está mamá. Cada noche me acuesto y vienen los recuerdos. Hay veces que siento que en cualquier momento voy a escuchar que pone la llave en la puerta y vuelve a casa, o que me va despertar una llamada suya desde la guardia para saber si estamos todos bien”, confiesa.

Himitián Evangelina, “Información General”, *La Nación*, (7 de Abril del 2002).

Un panorama complicado

La franja que integran las personas de entre 16 y 25 años no es sólo la que concentra gran parte de las condenas que se dictan en la Argentina. La gente de esa misma edad es, también, la más afectada por la desocupación y la que más deserta del ámbito de la capacitación. Son jóvenes que tendrían que estar en funciones productivas o de aprendizaje y, en las condiciones en la que está el país, no pueden hacerlo.

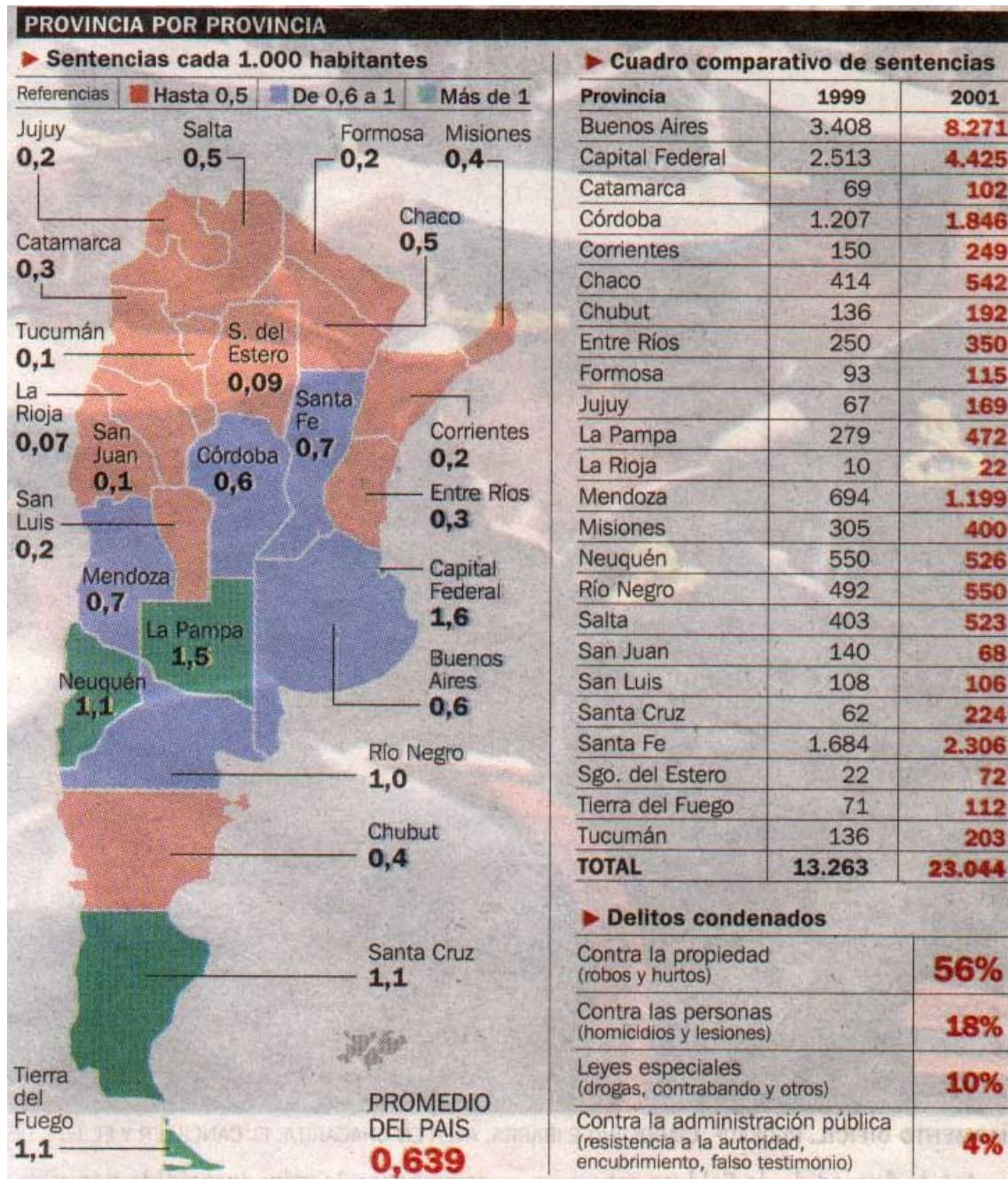
Hace un tiempo se viene produciendo un crecimiento grave en la marginación social. Por eso no es sorprendente que índices como el de condenas o el de denuncias de delitos aumenten. Más aún, esos aumentos, que no pueden registrar la llamada “estadística negra”, son desproporcionados si se los compara con los niveles de marginación actual. Los índices podrían ser más altos.

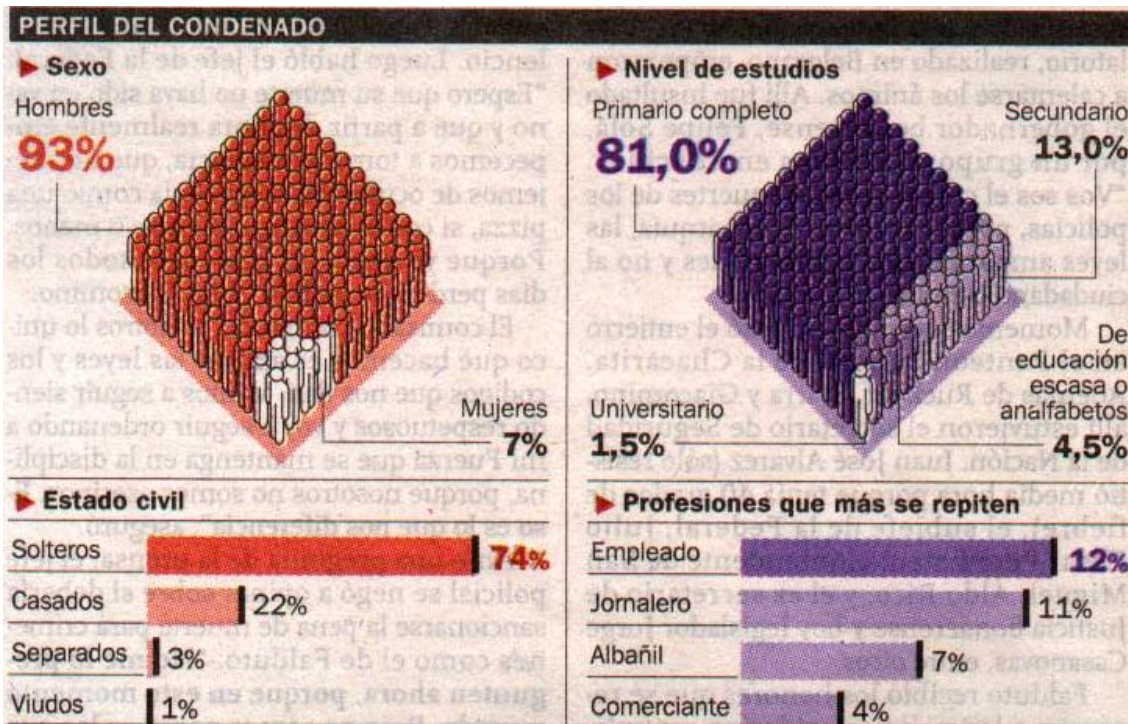
En la medida que las cosas no cambien, seguirán aumentando. Mientras no se apliquen las políticas sociales adecuadas y se mantenga el criterio tradicional de aumentar la represión como fórmula para disminuir el delito, estos índices continuarán su crecimiento.

Cada vez es más la gente expulsada del sistema, y así como se habla de “nuevos pobres”, puede hablarse ya de “**nuevos delincuentes**”.

De los que salen de la cárcel o son procesados, el Estado no se preocupa para que logren reinsertarse socialmente y no reincidan. De los que van quedando marginados, tampoco se ocupa. En todo el mundo, cuando crece la desocupación aumentan los delitos contra la propiedad. También sucede aquí, con jóvenes que se ven obligados a delinquir, sin experiencia ni técnica para hacerlo y no terminar cometiendo en el camino otros delitos.

Baigún David, Información General, Clarín, (7 de Abril del 2002).





Información de Clarín, 7 de Abril del 2002

Desde que comenzó el año, un promedio nos señala que cada día casi cuatro personas pierden la vida en manos de delincuentes. Para tener una idea mayor de lo que esto significa, es como decir, al fin de cada mes tenemos estallando una sede de la AMIA, o cada seis meses los argentinos tendremos una cantidad de vidas truncas equivalentes a nuestros caídos en las Islas Malvinas.

El delito tiene una mordacidad y un recrudecimiento nunca antes conocido en nuestro medio, agravada por una dirigencia política que no vislumbra, al momento, una solución eficaz y ciertos integrantes del Poder Judicial a los que nos cuesta entender de que lado de la justicia están.

A esto hay que sumarle una sociedad aletargada que no reacciona ante esto, como sí lo realizó frente a la incautación de los ahorros. Es ese quizás el punto más espinoso de todos porque estamos haciendo referencia a los valores, es decir, se protestó porque se afectaba el derecho a la propiedad individual, sin el cual ninguna sociedad puede vivir de modo organizado.

Por múltiples razones se está enmudeciendo cada vez más ante las distintas manifestaciones, del derecho anterior a todos los derechos, la vida.

La realidad de las personas que viven en nuestro país es el tener cada día más conciencia de que se puede perder la vida mientras desayunan en cualquier café o pasean con sus hijos por calles inundadas de violencia. Una lista de la que nadie puede sentirse a salvo.

Actualidad en el Mundo

Los Gastos Militares en el mundo crecieron por tercer año seguido



Estocolmo: Los gastos militares mundiales aumentaron un dos por ciento en 2001, por tercer año consecutivo tras un período de retroceso después del fin de la Guerra Fría, según el informe anual presentado ayer por el Instituto Internacional de Estudios por la Paz de Estocolmo.

Los gastos militares aumentaron en 2001 en todas las regiones del mundo, excepto Oceanía. En el trienio 1999-2001, el crecimiento del gasto se centró en África, con un 31 por ciento de incremento, Europa Central y Oriental, con un 28 por ciento; Asia, con un 26 por ciento y Medio Oriente con un 25 por ciento.

De todos modos, el Sipri advierte que las cifras de 2001 deberán ser “considerablemente” revisadas tras contar los incrementos presupuestarios en un gran número de ejércitos después del atentado del 11 de Septiembre en los Estados Unidos y la “guerra contra el terrorismo”, que no fueron tomados en cuenta para estas estimaciones y hacen prever una aceleración del crecimiento de los gastos militares para los próximos años.

El hecho de que veinticuatro guerras hayan sacudido el planeta en el 2001 se considera un saldo favorable, ya que el Sipri enumeró 57 conflictos de importancia desde el fin de la Guerra Fría, 27 anuales en promedio.

El más dramático: Los atentados, que provocaron más de 3000 muertes en algunas horas, “cambiaron las prioridades de la política exterior de Estados Unidos, el mayor actor del mundo”, señala el informe.

A su vez, agrega, “la campaña contra el terrorismo y desarrollada por Estados Unidos y sus aliados influyó directamente en un pequeño número de conflictos

y tuvo un impacto indirecto mucho más extenso, cuyos efectos están todavía por venir” .

Información General, La Nación, (14 de Junio de 2002).

Planteo del Problema en los Veteranos de Guerra Argentinos

El programa de Investigación – Acción Participativa de la Salud de los Veteranos de Guerra de Malvinas, parte esencialmente de un hecho: existió una exposición particularísima del grupo a la circunstancia extrema de la Guerra, de alcances no evaluados en su salud, sin un soporte institucional propio ni de terceros para prever y atender las causas residuales y efectos de dicha exposición.

Y aún al contrario: luego de la Guerra se produjeron nuevos hechos institucionales y sociales (incumplimientos, diferencias, discriminaciones, manipulaciones) que en los Veteranos se tradujeron como decepciones, las que pueden interpretarse como nuevas derrotas, o sea, renovadas exposiciones.

Entre los problemas de mayor prevalencia se consignan:

- Alto y creciente índice de suicidios
- Otras violencias, algunas de ellas con consecuencias penales.
- Hábitos nocivos para la salud
- Adicciones.
- Sida
- Esterilidad.
- Enfermedades de los descendientes.
- Discapacidades para el trabajo.
- Disfunciones con alto componente psicológico.
- Trastorno psíquicos de distintas índole.
- Condiciones sociales desfavorables.

Pese a estos datos, la atención de su salud se efectuaría tardíamente, limitada frecuentemente a la emergencia médica, y el mismo grupo tiene dificultades para encarar una acción solidaria entre los veteranos que le permita eficacia sin nuevas exposiciones con renovados riesgos.

Como se ve, se trata de un problema semi estructurado cuando se limita a los aspectos sintomáticos o psicológicos que revelan malestar o enfermedad en los ex combatientes.

Pero el problema es no estructurado cuando se ponen en foco sus aspectos más sociales, o sea aquellos que por ser de distinta naturaleza a los individuales convocan a un ejercicio interpretativo complejo donde las variables que no son suficientemente conocidas, no existe relaciones determinísticas entre ellas, y la incertidumbre está mal definida.

Planteo del Problema en los Veteranos de Guerra Británicos

Alta Tasa de Suicidios (Gran Bretaña)

La asociación de militares regaña al gobierno por falta de acción ante el hecho de que más ex soldados se quitan la vida.

Una tremenda cantidad de soldados de la guerra de las Malvinas se ha suicidado, según se supo ayer cuando un veterano sugirió que la cifra de suicidios alcanzaba casi a la mitad del total de los soldados fallecidos durante el conflicto.

Se estima que siete hombres que prestaron servicios en las Malvinas se han matado a sí mismos durante este año. Algunos han sufrido el desorden de fatiga postraumática, mientras que otros simplemente han sido incapaces de soportar la realidad de la vida civil. Muchos cayeron en el alcoholismo, abuso de drogas, desamparo, ruptura familiar y crimen. Un oficial de la Asociación Militar de Malvinas dijo: "Estoy bastante seguro de que estamos llegando a una cifra de suicidios equivalente a la mitad de quienes murieron en guerra".

El total de militares británicos caídos en Malvinas fue de 256. Aún las estimaciones más conservadoras de suicidios posteriores a la guerra colocan la cifra por encima del centenar. Un guardia escocés sobreviviente del desastre del *Sir Galahad* en Buff Cove se vio obligado a vender su cocina para comprar comida pocos días antes de que se ahorcara.

Otro guarda escocés se colgó en la casa de su padre en el Domingo Memorable, ajustando simbólicamente su muerte a las 11 horas del día 11 del mes 11. Un sargento que combatió con el segundo regimiento de paracaidistas en Pradera del Ganso trató de intoxicarse con los gases de escape en su automóvil, pero fracasó.

Más tarde se esposó al volante, se roció con nafta y se prendió fuego, falleciendo por las quemaduras. Dennzil Connick, un cabo del tercero de paracaidistas herido en Monte Longdon y secretario y fundador de la Asociación de medallas del Atlántico Sur 1982, dijo "Además de los suicidios, hay más veteranos de Malvinas- en comparación con cualquier otro grupo de la sociedad- que se encuentra en prisión, desocupados, alcohólicos, divorciados o abusando de drogas.

Sus vidas son un desastre, beben y usan drogas, tratan mal a sus familias, roban para conseguir bebida y droga, son capturados y van a la cárcel. "Necesitan ayuda y no la están obteniendo.

Necesitamos que el Gobierno y el Ministerio de Defensa hagan algo al respecto, y para ello hemos lanzado una campaña. "El señor Conning manifestó que la gente que comanda fuerzas Armadas debería estar alerta sobre la fatiga postraumática, aprender a reconocer sus síntomas y cómo actuar en consecuencia. "No existe una red de seguridad para ellos ni para

todos los soldados que sufren el estigma, porque si informan a los oficiales que sospechan del padecimiento de un problema mental están revelando una debilidad que podría afectar sus carreras. “Entonces no lo hacen”, dijo. “Gran Bretaña en su conjunto procede con mucha lentitud en ponerse a tono con la forma en que los israelíes y norteamericanos tratan este asunto. Todavía hay algunos oficiales antiguos que rehuyen completamente a este tema. Piensan que es todo una farsa y un total de desperdicio de tiempo y dinero”. Anoche dijo Jeremy Lillies, de la Legión Británica: “La Legión lamenta escuchar sobre suicidios de Veteranos de Malvinas y le agradecerá acudir en ayuda de sus familias del modo que pueda. Cualquier veterano con problemas puede venir a pedir ayuda a la Legión en cualquier momento”.

El teniente Coronel Bryan Gordan Smith, del grupo de ayuda de Fatiga del Combate que actualmente esta tratando a varios veteranos de Malvinas, expresó que la mayoría de quienes sufren este desorden pueden recibir tratamiento.

Agregó: “Una pequeña proporción muestra desórdenes crónicos a través de muchos años, y en circunstancias extremas ello puede conducir al suicidio si el tratamiento no es efectivo. “Ayer Tony Flint, veterano de guerra del Golfo, erigió una carpa frente al Ministerio de Defensa en Londres como protesta contra el rechazo del gobierno en la aceptación de los reclamos de que su enfermedad y cientos de otros veteranos fue provocada por un cóctel de vacunas que les fueron aplicadas y por la exposición al uranio agotado usado en granadas, según escribe Richard Norton.- Taylor.

También protesta por la negativa de la agencia de pensiones de guerra en proveerle beneficios. La agencia ha definido los reclamos de los veteranos como “cuestión política”.

El señor Flint, de 53 años, médico durante la guerra del Golfo, manifiesta haber sufrido el desorden de fatiga postraumática, asma y problemas renales. Estaba acompañado por Brian Trooze, de 49 años, antiguo miembro del cuerpo de ingenieros especializados en el despeje de minas. Tiene cáncer en la piel, sudores nocturnos y además sufre de problemas musculares.

Bibliografía:

1. **Baigún David**, Información General, Clarín, (7 de Abril del 2002).
2. **Himitián Evangelina**, “Información General”, *La Nación*, (7 de Abril del 2002).
3. **Información General**, *La Nación*, (14 de Junio de 2002).
4. **INSSJP, Federación de Veteranos de Guerra de la A.R.A.**, Programa de Investigación – Acción Participativa de los veteranos de Guerra de Malvinas.
5. **Gillan Audrey**, “Alta Tasa de Suicidios”, *Boletín del Centro Naval*, N° 804, (Enero-Abril 2002).

20. Enunciado de Futuras Investigaciones

Enunciados de Futuras Investigaciones

Está previsto que en muy breve tiempo, llevar a cabo, la segunda etapa de estudio e investigación.

1. Relacionar la presente muestra con otra población de veteranos que no padezcan de Estrés Postraumático. Se analizará la correlación existente entre las variables de Grado de Control y los Síntomas de Reexperimentación del suceso traumático.
2. Estudios de las causas de suicidio en los Veteranos de Guerra. Se registra un promedio de un veterano cada un mil por año promedio, de personas que se suicidan. Curiosamente, una cifra aproximada, es registrada por los veteranos de guerra ingleses.
3. Desarrollo del cuestionario de evaluación de Síntomas Actuales del Estrés (S.A.S.) del Dr. Kertész. Durante el desarrollo de la investigación se adaptó el formulario del *Monitor del Estrés*, y se evaluaron gran parte de la muestra. Se interpreta que, por los valores obtenidos, se los puede contrastar con una muestra sin TEPT de Veteranos y otra muestra testigo con personas que nunca estuvieron expuestas a estresores señalados en el DSM IV, como predisponentes al TEPT
4. Perfil de Personalidad de predisposición a contraer Estrés Postraumático. Durante la presente investigación se observó que los sujetos con mayor prevalencia a estar afectados al Estrés Postraumático son personas Introversas.

21. Conclusión Final

Conclusión Final

Si bien señalé las conclusiones de la presente investigación, en el ítem Análisis de Datos de la Muestra Pág. 357 y en Punto 15: Recolección de Datos y Conclusiones de la Investigación de la Pág.395, especialmente en la Pág. 404; a modo de síntesis al cierre lo orientaré en cuatro aspectos:

1. Ontológico
2. Histórico
3. Sociológico
4. Psicológico

1. Ontológico

En los albores de la humanidad, el hombre primitivo pensaba según las leyes de la lógica en todo lo que se refería a trabajos y quehaceres diarios. En ese sentido, la psique parece tener su propio pasado ancestral, al igual que el soma su raíz histórica.

Podemos afirmar que desde el punto de vista psíquico también la ontogenia repite la filogenia. Los conceptos pueden ser recientes y no obstante ser formulados de acuerdo a las leyes de la comprensión arcaica.

En un segundo momento del acontecer histórico aparece el pensamiento mágico que es cuando el hombre comienza a darle el "alma" a las cosas, es decir, interpreta -desde su mente alo plástica- que puede producir fenómenos sobrenaturales a través de los magos, dado que ellos son los que poseen fuerzas ocultas, y quienes pueden producirlas mediante sus ceremonias y rituales mágicos.

El desarrollo del pensamiento continúa y nos encontramos en su evolución con la conciencia mítica; que es una narración, es una expresión simbólica de las vivencias arcaicas de los pueblos antiguos.

Desde las profundidades del mito, Jung encontró la materia prima del inconsciente colectivo: *los arquetipos*. Señaló que no es posible comprender la psique del hombre, sin conocer en su simbolismo los mitos de los antepasados.

Si bien los mitos se encuentran en toda la extensión de la tierra, en Grecia, gran parte de ellos fueron plasmados por escrito por Homero y Hesíodo y fue así que los dioses que por generación en generación como ser Zeus, Apolo, Hera y Atenea, Dionisio, - por nombrar algunos- pudieron ser mantenidos en su verdadera dimensión al día de hoy.

Luego en el proceso del desarrollo, el hombre quiso por sí mismo buscar algunas leyes naturales sin tener la necesidad de recurrir a los mitos tradicionales. Fue cuando se “dio la aquiescencia” de poder expresar con sus palabras su capacidad de asombro ante las cosas que lo envolvían.

De pronto emergió como si despertara de un larguísimo sueño y comenzó a gatear por un planeta en el universo. ¿Pero que es el universo?. El mundo comenzó a ser algo oscuro, desmesurado, arcano, enigmático y misterioso. Hubo quien dijo que nada puede cambiar y que las sensaciones no son de fiar, por el contrario se afirmó que; todo fluye y que las sensaciones son de confiar. Entre esos dos extremos el hombre quiso dar respuestas a sus interrogantes más íntimos.

La **Persona**, derivado del vocablo latino y que tiene entre otros significados el de “máscara”, porque estaba relacionado con el elemento con que se valía el actor para dar una característica a su actuación; y del griego quien le daba un sentido *parte del cosmos*, o *miembro del Estado*. Es decir que se planteaba como algo que estaba superpuesto, o que cubría al individuo frente al mundo exterior.

De la “exterioridad” de los griegos, el término comenzó a cobrar “interioridad” en la cultura Judea-cristiana, tomando distancia del vocablo latino *individuum*, individuo entendido como algo determinado en su ser y sí como una entidad: libre, fundada en una realidad psicofísica, pero no reductible enteramente a ella.

Al hablar de Persona, nos estamos orientando a una existencia con capacidad de reflexión, de conciencia de su propio ser, de objetivación, porque presupone trascendencia, es decir trasciende su propia subjetividad a partir de tener conciencia de su propia finitud. Es esa unidad corpóreo-espiritual cuya potencialidad está orientada hacia el próximo, hacia Dios.

2. Histórico

Al hablar del Estrés Postraumático de los Veteranos de Guerra tenemos que remitirnos necesariamente a una doble vertiente, por un lado a la raíz del trauma a través del tiempo y de los antecedentes del conflicto por otro. No obstante he tomado como un símbolo el desgarrador cuadro en que el genio de un artista plástico como Picasso plasmara el horror de la guerra: el Gernica (¿o Gernika?).

He creído pertinente adoptar a modo de inicio de un imaginario recorrido partiendo desde la mencionada obra hasta el final de la contienda bélica de Malvinas, representada en una simbólica foto al cierre de este conflicto, todo esto atravesando por las experiencias vividas del veterano. Abarcando así su contexto histórico, geográfico, la cronología de los hechos, análisis de los componentes y una conclusión final.

Creí necesario tomar esa obra porque en ella nos devela una imagen muda de una vivencia desgarradora y a mi escaso entender, la considero como la mayor expresión pictórica de la consternación de la guerra. Picasso no pintó la guerra, como él mismo afirmaba, pero la guerra estaba en su pintura.

Para eso fue necesario en principio hacer una introducción en la historia de las Islas cuyo descubrimiento para muchos hoy todavía es incierto y que fuera motivo de muchas controversias entre varias Naciones y diera lugar a conflictos de distinta envergadura a través del tiempo.

Gernika es el nombre de una población vizcaína de 7000 habitantes situada a 30 kms. de Bilbao, esta ciudad constituye la Patria y el símbolo de las libertades vascas. Existe un histórico roble donde se reunía el parlamento y cerca de él, los monarcas españoles y sus representantes juraban los fueros vascos.

El 26 de abril de 1937 a las 16.40 hs., con la pequeña población repleta de refugiados y soldados en retirada, los bombarderos Heinkel-111 y Junkers-52 acompañados de cazas Heinkel-51 de la "Legión Cóndor" de la República Alemana, bombardearon y ametrallaron durante tres horas y media (sin resistencia antiaérea) a

los habitantes de la villa. La población quedó parcialmente destruida y murieron centenares de personas.

La geografía del Archipiélago, fue determinada como un desprendimiento del territorio patagónico, sus costas son bañadas con el agua rica en plancton, krill, ballenas y da cobijo a miles de especies animales y vegetales bajo un cielo generalmente plomizo, con niebla y lluvia que contrasta con el sol y la vegetación de los paisajes de España.

Sin embargo, a pesar de las diferencias, ***el espanto se alza en el hombre sin distinción de tiempos o latitudes***, y el mismo se puede comprender al margen de las etiquetas que se le ponga.

La persona se encuentra ante algo nunca experimentado y en forma abrupta es arrojado y se encuentra ante situaciones límites. En el terreno de lo estético se trata siempre de desplegar aquello que conceptualmente evita a la razón. El arte, como exposición de una idea estética o símbolo se despliega en una pauta interna a la obra que a su vez la organiza en una estructura, tal vez, como unidad orgánica, viva, dinámica.

Al igual que la vivencia del horror del combatiente ante su primer contacto con lo que sería lo que posteriormente reexperimentaría, la obra se nos presenta de un golpe ante nosotros, hay que esperar a tomar distancia para reordenarnos ante la presencia de tal caos.

A primera vista el observador afronta la “anarquía” monocromática del cuadro que hace irrealizable fijar la percepción en un elemento del mismo que de la pauta de su ordenación. Son demasiados los contrastes y escalas de grises que se traspasan unos a otros como en transparencia. La composición, la multitud de movimientos internos y líneas de fuerza que lo atraviesan producen en la percepción la violencia que expresa, a ello hay que añadir el efecto cubista que dificulta el cierre perfecto de la composición en figura y fondo.

No sé cual ha sido la idea del autor, pero es imposible dejar de lado la propia interpretación y dejar de lado que es un acontecimiento temporal y que expresa la sombra del hombre delimitado.

El pavor y la catástrofe de la violencia desatada en la fuerza devastadora de la guerra se hace manifiesto en el Guernica de Picasso, tal vez, gracias a esa extraña composición de cubismo y expresionismo, a la disgregación de la realidad para disponerla en todas sus representaciones como un cúmulo de aventurados desechos tras lo siniestro o en medio de él.

Hay dentro del cuadro algunos elementos que podemos rescatar, por supuesto, no como una crítica a la obra sino que valiéndonos de ella podemos dar una lectura más ajustada de lo que se quiere expresar. El Guernica seguirá siendo lo que es; por una parte el dolor y el horror concreto de lo acontecido en ese lugar, y elevado como un símbolo histórico y universal como denuncia de las atrocidades de la guerra por la otra parte.

En la base de este enorme cuadro de 7,5 x 3,5 metros se extienden los miembros cercenados de un guerrero destrozado cuyo brazo empuña, post-mortem, aún con fuerza una espada rota, derrotada, en el vértice izquierdo aparece su cabeza decapitada con la mueca de un grito que no se produce deformadas figuras, rostros contraídos, trozos de miembros,

Rodean la figura central de un caballo herido, y atravesado, por una lanza en su lomo, desorbitado y retorcido quiebra sus patas y se retuerce y recula con un mudo relincho de dolor, sin poder lamer o curar la herida.

En el motivo de la Piedad tradicional, la Virgen María inclina el rostro sobre el cadáver del Hijo adulto que ha cumplido la Voluntad del Padre. Aquí una madre que llora con el cuerpo inerte de su hijo en brazos, cuya mirada hacia el cielo expresan dolor y sufrimiento por lo inexplicable. Las líneas de la mano dibujadas en las palmas de la Madre y del Niño hacen ver que se trata de la representación de personas individualizadas y concretas, es decir, no se trata de representar la idea abstracta de maternidad, sino de una madre y un niño con nombre propios que sufren un dolor y una muerte individualizada, corporizada y real.

Históricamente la República Argentina reclama los derechos sobre el Archipiélago de 12.000 Km. Cuadrados, por su situación geográfica y legado histórico de quien fuera su Madre Patria:

España. Gran Bretaña en cambio sostiene que fue quien descubrió las Islas y las ocupó por medio de la fuerza en el año 1883.

Independientemente de las circunstancias el hombre se vio enfrentado contra el hombre mismo a través de los tiempos. Desde sus primeras manifestaciones como Homo Sapiens a la caída de las Torres Gemelas, la violencia está cada vez más lejos de su extinción y por lo contrario se está instalando dramáticamente en la cotidianidad del ciudadano corriente.

Desde el inicio de los tiempos existen antecedentes de la afección, tuvo varios nombres como ser *Síndrome Da Costa* o *Corazón de Soldado* o *Neurosis de Guerra* o *Traumática* por señalar algunas de las designaciones que mas allá del tiempo no son mas que antecedentes de la existencia de una patología que se denominó tal como se la conoce desde el año 1980.

3. Sociológico

Es difícil sacar un perfil sociológico sin incurrir en parcialidades, todo –o casi la totalidad- el espectro social argentino estuvo presente en la contienda.

Si se pueden definir dos grandes grupos, los que provenían del Cuadro Permanente, los profesionales que tenían un grado de preparación no sólo desde plano militar, sino con preparación psicológica para enfrentar una situación de combate; y por la otra, con personas que provenían de la sociedad, que estaban para cumplir con un requisito legal obligatorio en ese entonces y que su preparación para las circunstancias eran variadas según sea su procedencia y tiempo previo de incorporación.

En su gran mayoría fueron sin mucha información previa hacia donde se los trasladaba, y una vez allí tuvieron que ambientarse rápidamente a las exigencias del medio. El factor motivación pasaba por el valor de la Patria y el pasado histórico.

Cada provincia tiene su regionalismo, y si provenían de la ciudad, el pueblo o el campo le agregaban su peculiaridad al relacionarse entre sí, pero no se manifestó durante la investigación como un hecho singular por sí mismo Pareciera como si la experiencia de estar ante un situación límite delineara que mas allá de todo origen , estaban ante una misma realidad y suerte.

El regreso de los soldados argentinos al continente tiene a grandes rasgos un factor común; la indiferencia. Desde el retorno por la puerta trasera se continuó con un sentimiento de soledad cada vez más pronunciado.

El fantasma del estrés postraumático se hizo presente en muchos veteranos, en otros la droga, el alcohol. Se buscó una solidaridad sobre los “hermanos” que habían quedado en el continente y muchos encontraron la marginación como respuesta.

¿Qué tiene que ver el Guernica con los Veteranos de Guerra de Malvinas, o el Estrés Postraumático?

El Guernica es un cuadro ante el cual nadie se queda indiferente. Es una obra fundamental que representa no solo la crueldad de una masacre concreta sino que se convierte en un alegato contra la crueldad y la violencia que existe en el hombre.

Esa guerra que el veterano cuya afección lo hace reexperimentar esos sucesos vividos con la fuerza, la brutalidad y la ferocidad a la que el hombre puede llegar; está allí, encarnada en imágenes de lo vivido, y representados al blanco y negro (para no dejar ningún ápice de duda a la interpretación) en esos símbolos o iconos por tan representativos como: el guerrero, el caballo, la mujer caída con el niño en brazos.

En el veterano con Estrés Postraumático, la guerra vive todos los días desde que en su vida irrumpió en primer lugar el estímulo, luego con el tiempo la reexperimentación. Contra esta última luchó con gran fuerza pero resultó que sus esfuerzos no tenían el resultado esperado sobre todo si la intensidad de estímulo había sido muy elevada. La fuerza del brazo mutilado que empuña la espada rota expresa una cruda metáfora de la interpretación constante de su padecimiento.

El caballo está herido, ¿representará que nuestra fuerza instintiva también lo está ?. La madre con su hijo nos marca no solo los hogares de los que no volvieron sino también la angustia con que se vive el presente y la pregunta casi constante: ¿Por Qué ...?

Luego de la guerra, del combate, de lo acontecido en las situaciones límites, aflora la innata predisposición humana de asistir al caído. En la Guerra, -en la Persona- existe un antes y un después de la experiencia. Ya todo es diferente.

Esto me trae a otra reflexión sobre una parábola bíblica (*del Buen Samaritano*, Evangelio de San Lucas capítulo 10 versículos del 25 al 37) dada por Jesús a un intérprete de la Ley judía quien tenía la intención de ridiculizarlo delante del resto de los presentes.

25Y he aquí un intérprete de la ley se levantó y dijo, para probarle: Maestro, ¿haciendo qué cosa heredaré la vida eterna? 26Él le dijo: ¿Qué está escrito en la ley? ¿Cómo lees? 27Aquél, respondiendo, dijo: Amarás al Señor tu Dios con todo tu corazón, y con toda tu alma, y con todas tus fuerzas, y con toda tu mente; y a tu prójimo como a ti mismo. 28Y le dijo: Bien has respondido; haz esto, y vivirás.

29Pero él, queriendo justificarse a sí mismo, dijo a Jesús: ¿Y quién es mi prójimo? 30Respondiendo Jesús, dijo: Un hombre descendía de Jerusalén a Jericó, y cayó en manos de ladrones, los cuales le despojaron; e hiriéndole, se fueron, dejándole medio muerto.

*31Aconteció que descendió un sacerdote por aquel camino, y viéndole, pasó de largo. 32Asimismo un levita, llegando cerca de aquel lugar, y viéndole, pasó de largo. 33Pero un samaritano, que iba de camino, vino cerca de él, y viéndole, fue movido a misericordia; 34y acercándose, vendó sus heridas, echándole aceite y vino; y poniéndole en su cabalgadura, lo llevó al mesón, y cuidó de él. 35Otro día al partir, sacó dos denarios, y los dio al mesonero, y le dijo: Cuídamele; y todo lo que gastes de más, yo te lo pagaré cuando regrese. 36¿Quién, pues, de estos tres te parece que fue el prójimo del que cayó en manos de los ladrones? 37Él dijo: El que usó de **misericordia** con él. Entonces Jesús le dijo: **Ve, y haz tú lo mismo.***

En primer lugar vale recordar quien es el relator de esta historia bíblica.

El escritor del Evangelio de **San Lucas** fue precisamente Lucas, quien fue un amigo muy cercano al Apóstol San Pablo y fiel discípulo de Jesús. Este escritor quien relata distintos sucesos de la vida de Jesús, lo hace de una manera muy particular, el se caracteriza por relatar sucesos que no fueron relatados en los otros

3 evangelios (Evangelios de San Marcos, San Mateo y San Juan), esta particularidad se da por la profesión que ejercía Lucas ya que él era médico. En este escrito siempre encontraremos mayores detalles y una mirada más descriptiva de los sucesos históricos debido a la instrucción y a la formación que caracterizaba a Lucas.

En segundo lugar cabe destacar el contexto geográfico y socio-cultural de esta historia.

Para realizar el recorrido planteado por Jesús el hombre que viajaba desde la ciudad de Jerusalén a Jericó debía transitar por la provincia de Samaria. Los pobladores de esta provincia eran llamados Samaritanos y el contexto demográfico era el siguiente: los samaritanos conformaban un grupo mestizo y sus actos religiosos eran vistos por los judíos como actos religiosos corrompidos, existían marcadas fricciones étnicas entre los judíos y samaritanos, no interactuaban frecuentemente y en algunos casos existía una fuerte hostilidad entre ambos grupos. De alguna forma, y por su contexto geográfico, los samaritanos eran marginados por los mismos judíos tomándolos como un pueblo de segunda.

En medio de este contexto Jesús describe como un judío, que se encontraba viajando por la zona de samaria, es atacado y lastimado por unos ladrones de caminos. Mientras este judío agonizaba en el camino dos personas, con características especiales, se cruzan a este hombre moribundo.

Uno era un sacerdote y otro era un levita.

Tanto el sacerdote como el levita eran religiosos de la época. El *sacerdote* se encargaba de administrar los asuntos del templo y la liturgia. En cuanto al *levita*, ellos pertenecían al grupo consagrado para realizar los cultos de adoración y alabanza dentro del templo. Los levitas eran excelentes músicos encargados de esta parte esencial de los actos religiosos.

Podemos establecer entonces que ambos conocían muy bien la Ley y conocían el precepto aclarado primeramente en este pasaje: "amaras al Señor tu Dios con todo tu corazón....; y a tu prójimo como a ti mismo"

Aún así, conociendo este primer mandamiento de la Ley Divina, ninguno de estos dos personajes brindaron asistencia a este hombre lastimado en medio del camino.

Finalmente aparece la figura del samaritano.

El pertenecía al grupo marginal anteriormente descrito, en el piso desfallecía uno de sus enemigos (el judío herido).

Este samaritano tenía muchos motivos de corte ideológico, religiosos, culturales y sociales, también emocionales, motivos que lo animarían a seguir por su camino como hicieron el sacerdote y el levita.

Sin embargo el samaritano asistió al judío herido con los elementos típicos de la época para realizar primeros auxilios (el aceite y el vino junto con las vendas eran usadas en ese entonces para curar heridas).

Una vez que realizó la asistencia primaria lo llevo hasta el mesón (una especie de hotel, un paraje para viajeros que existía en esa época) y lo dejó allí para que descanse y se alimente, dejando cubiertos todos sus gastos presentes y futuros hasta que se recuperase.

¿Cual es la reflexión a que nos quiere llevar Jesús con esta historia ?

El pregunta al interprete de la ley, y a nosotros en la actualidad al leer este pasaje bíblico:

¿Quién fue el prójimo del hombre que estaba herido?

La respuesta es obvia para el interprete de la ley quien responde: **El Samaritano.**

El samaritano, según el texto bíblico, fue Movido a Misericordia (vers.33).

A la misericordia la sucede una acción, esto es una constante en todos los pasajes y lecciones biblicas.

Cuando tenemos misericordia por alguna persona que sufre, sea sufrimiento físico o también un sufrimiento psíquico (como puede ser un síndrome post-traumático en los excombatientes) somos movidos a ejercer la caridad, la bondad, a brindar asistencia, a ayudar.

En esta parábola la fuente de asistencia, al igual que en lo expresado por el combatiente argentino en el ultimo párrafo de la

página 112 y la foto de la página 465, no fue desarrollada por un pariente o un conciudadano judío, sino por un despreciado samaritano (ó en el caso de la tesis de un despreciado enemigo británico).

Se nos recuerda entonces, que una de las grandes tragedias del prejuicio, es que nos separa de quienes pueden eventualmente ofrecernos ayuda. La compasión del samaritano y del soldado británico merece el mayor de los elogios, porque la persona que asistió, bajo circunstancias normales, probablemente ni siquiera le habría dirigido la palabra. La asistencia que recibió el soldado argentino por sus pares de posguerra es muy parecida a la recibida por el sacerdote y el levita de la cita.

En el caso de los ex-combatientes se da este tipo de circunstancias, debido a la fuerte experiencia que representa haber participado de un conflicto bélico y haber formado parte activa de un enfrentamiento armado, las secuelas emocionales son marcas muy violentas no solo en lo físico sino también en lo psíquico.

Hay sectores de la sociedad (Argentina y Británica) que no integran al ex-combatiente, sino que lo marginan y lo tratan, conciente ó inconscientemente, como el culpable del dolor y el sabor amargo que deja como resultado un proceso de guerra, olvidándose de que este grupo de personas sólo han sido víctimas de las decisiones políticas y militares –paginas 442 a 444-.

Una iniciativa desde el plano social, que brinde alternativas de integración y de valoración, por aquellos que se entregaron por defender a la Patria (sin caer en juzgar en la legitimidad o no de cualquier conflicto bélico, el cual no esta en tema de discusión) lo que nos interesa es el resultado psicosocial que el conflicto produjo y las posibles respuestas que brinden una solución a ésta problemática planteada.

Finalmente podemos concluir que nuestro prójimo es la persona a quien nosotros nos acercamos rompiendo todo prejuicio que nos separa y lastima.

Nuestro prójimo no es aquel que esta de nuestro lado y comprendemos, muy por el contrario nuestro prójimo es aquel que

esta lejano, que esta separado de nosotros, pero que debido a nuestra acción integradora pasa a ser parte de nuestra vida.

Podríamos decir que nosotros construimos a nuestro prójimo y como prueba de ello encontramos modelos sociales a través de los medios de comunicación que hacen hincapié más en la violencia y el conflicto (piquetes, asaltos, canchas de fútbol, etcétera) que en el amor al próximo.

Esta construcción esta dada por medio de nuestra voluntad y nuestras emociones, rompiendo nuestros prejuicios y acercándonos al "otro", fomentando nuestros propios valores humanitarios, los cuales nos otorgan la capacidad de ser persona.

Nuestra vida tiene significado y trascendencia cuando la misma se convierte en fuente de vida para otros que nos rodean.

Es menester aprender de esta lección (***Ve, y haz tú lo mismo***) en cuanto a nuestras relaciones humanas, dándonos un ejemplo de unidad por medio de la acción misericordiosa de romper con nuestros prejuicios y amar a nuestro prójimo como a nosotros mismos.

Ahora nos queda la gran duda, quien es el verdadero enemigo del veterano de guerra, el que estaba enfrente en el campo de batalla, compartiendo los mismos miedos y angustias?, y al momento de socorrer al herido da asistencia al herido sin discriminar si es de un bando o del otro; o el que se dice que pertenece a la misma Nación y le niega o repara su apoyo?.

4. Psicológico

La Reexperimentación del Suceso Traumático, la Evitación, la Hiperactivación, las alteraciones emocionales son algunos de los síntomas que hemos visto como claves para presumir un diagnóstico de la afección.

En la presente investigación, se comprobó que la intensidad del trauma está directamente relacionado con la intensidad de los síntomas del trastorno. Es por eso que es probable que encontremos una predisposición a reexperimentar los síntomas en pacientes que hayan sufrido heridas respecto de los que no.

Otro de los aportes dados es la relación existente en el grado de control que el sujeto percibió durante el o los sucesos traumáticos y su reexperimentación, ya sea en el contenido de la misma como en la frecuencia. La intensidad estaría dada en mayor grado respecto a lo señalado en el párrafo anterior.

En la muestra con los veteranos, hay síntomas que se destacan respecto de otros como ser los contenidos de los sueños (angustiantes) y la dificultad para conciliar diariamente los mismos; la hipervigilancia y la predisposición a reaccionar con sobresaltos en su vida cotidiana. Esto es esperable aún en personas que sin padecer esta patología, están con esta secuela de guerra.

Respecto a la importancia de la investigación, si bien es necesario continuar investigando, es de destacar que si bien la muestra se basó en los individuos que fueron al conflicto armado, se desprende que independientemente del origen del padecimiento, los síntomas son el común denominador y por ende estas conclusiones se pueden trasladar a todas las personas que lo sufren debido a que es lícito incorporar nuevos aportes en la metodología terapéutica.

Aunque nos pese, nuestro país está cada vez con mayor grado de violencia, las personas que se incorporan a la franja delictiva son cada vez más jóvenes (16 a 25 años), a esto se le suma la dificultad del Estado para dar una salida de reinserción social confiable a los que egresan de un presidio. Aquí, como en todo el mundo, cuando crece la desocupación se acrecientan los delitos contra la propiedad.

Por eso es que el aporte puede dimensionarse a otras personas que no sean forzosamente veteranos de guerra. El mundo está cada vez más propenso a la globalización, ya los argentinos hemos tenido experiencias muy duras sin la garantía de que no volverán a suceder, la caída de las Torres Gemelas nos da un inicio de una nueva versión de la violencia y sus penosas consecuencias.

Respecto al tratamiento terapéutico, es necesario tener un abordaje Holístico, dado que es ineludible tener una visión integradora dado que es una afección compleja y requiere de muchos pasos. Desde el diagnóstico diferencial, y apoyo farmacológico según sea

pertinente, se debe trasladar a través de distintas escuelas como ser la Conductual, Análisis Transaccional, Programación Neurolingüística, Cognitiva, Gestalt, Familiar Sistémica, Biofeedback, Neurobiofeedback, por citar algunas de ellas.

Luego de lograr avances en su disminución o eliminación de la sintomatología, es necesario incorporar una terapia de marcado corte existencial, como ser la Logoterapia, debido a que los pacientes a medida que van progresando en su tratamiento, comienzan a plantearse, por un lado el tiempo perdido, las pérdidas, los duelos, etc; por otro comienzan a plantearse hacia donde ahora se encaminan.

Es imperioso el dar un sentido a la vida, de sacar una valoración positiva de lo vivido y de la identidad adquirida por todos estos años. Porque también es necesario afirmar la identidad del veterano, no como un estigma de trauma, sino como un símbolo de haber atravesado por situaciones límites, por haber soportado con lo que se pudo todas esas vivencias antes y después de la guerra, que sólo él y su entorno, con amor, con angustia y esperanza en forma anónima han sobrellevado.

Epílogo

Habiendo arribado a la dársena final de esta recalada, siento una nostalgia por todas las experiencias que he pasado durante esta larga travesía.

En ese itinerario trazado navegué por mares que por momentos me parecieron inciertos, la luz del faro de la motivación por aprender marcaron los puntos en mi carta náutica, a sotavento de quien fue siempre mi sostén anímico en momentos de estar frente al temporal de la flaqueza y el desánimo: Inés, mi esposa.

He atracado finalmente al puerto esperado, es hora de hacer provisiones para las próximas singladuras, que así sea.

El objetivo que me propuse al iniciar este derrotero de investigación fue el de dar cumplimiento a un largo anhelo de tender una mano solidaria, en **homenaje y reconocimiento** a quienes fueron los protagonistas de un momento trascendental para nuestra historia.

Desde que nací (mi padre fue marino), estuve casi siempre al lado de algún puerto. Veía de niño los buques ir y venir hasta que en algún momento fui yo el que emprendía esos viajes.

He recorrido el Mundo en el Velero más grande, vi desplegar el esplendor de sus blancas velas como si fueran alas. Sentí un gran desafío, mucho vértigo, miedo, asombro, alegría; al haber subido a lo más alto de su Palo Mayor. Desde allí todo era pequeño, todo era grandioso.

En ese entonces tenía muchas inquietudes, muchos ideales que aún conservo. La Guerra me marcó muchas cosas, luego de ella, atravesé una crisis personal y tuve a mi esposa que hizo escucha de mis inseguridades y mis temores. Me apoyó en el reto de iniciar una nueva travesía: *La Psicología*.

Mi primer contacto con la Afección del Estrés Postraumático, fue unos pocos meses posteriores a la guerra con un subordinado que había tenido un excelente desempeño en combate, y ahora tenía muchos problemas con su familia. La esposa varias veces dialogó conmigo en búsqueda de alguna solución.

La segunda vez que pude tomar contacto, varios años después (ya era psicólogo), fue en Oberá, Pcia. de Misiones, con motivo de una visita que le hiciera a un Veterano por razones de trabajo Institucional (podría haberlo hecho epistolarmente) haciendo un alto en el camino, durante el trayecto del viaje a la Ciudad de Asunción del Paraguay donde iría a dictar un curso.

Fue en ese entonces que, sin proponérmelo, me aboqué a la problemática del Veterano de Guerra, ya que me daba cuenta de una serie de falencias a nivel Institucional primero, y luego en la atención como personas que recibían los miembros que en algún momento defendieron una causa con un profundo arraigo histórico.

Por eso inicié este itinerario con una aproximación a sus costas geográficas y sus accidentes históricos, para comprender el marco emotivo de sus integrantes, ya sea de una o de otra parte; todos con su máscara de guerrero iniciados bajo el signo de un mes que presagiaba el mensaje de su dios Marte.

Fue en ese momento que durante el trabajo fondeé en las profundidades *antropofilosóficas* de la Persona, el ancla se fijó sobre la grandeza ante las situaciones límites: el miedo ante el peligro real y la angustia ontológica, porque ella es la condición misma de una existencia temporal y finita. No es sólo la agudización de una mera inquietud y zozobra ante lo desconocido, sino, lo que se encuentra siempre en el fondo del hombre cuando no se halla “distráido” entre las cosas.

Desembarqué en las vivencias propias del veterano, “de su guerra”: su sufrimiento, el silbido anunciante del proyectil en vuelo, los estruendos de las bombas, los gritos de combate, los pedidos de auxilio, el olor a pólvora, el trazo iluminante en la noche cerrada.

La sensación de pérdida de control del momento en que todo sucedía, el saber que nada se podía hacer, salvo sentir la propia existencia. *¿Y Dios?; en esos instantes solo hay presente*, el pensamiento de que no hay nada que pueda asegurarle que seguirá existiendo.

Luego del horror en que todo le parecía un mal sueño, vino la paz acompañada de su sombra: la indiferencia, el olvido, el silencio. La visita inesperada de un *agente* (la afección del Estrés Postraumático) que antes nunca estuvo y que recordaba momentos ya pasados que los volvía al presente, una y otra vez, que lo turbaba con pensamientos ...sobre lo que pudo haber sido y no lo fue.

Hay quienes descendieron al abismo de la depresión, en que buscaron su muerte expresamente como condición sensible, renunciando a su existencia. Aquí el hombre fue víctima quizás, de su propio e interminable hundimiento.

En otros, emerge, como si surgiera de la nada una imagen o pensamiento entre la niebla del olvido "*no ayudé a mi compañero herido que me pedía auxilio*", "*por qué a mi me tocó volver y a mis compañeros no*", "*todavía escucho las voces de mis camaradas que estaban en las cubiertas inferiores en medio del humo y la oscuridad*". La noche se hace de ese modo una continua tortura.

Con la misión de enfrentar a ese enemigo investigué sus fuentes y me di cuenta de que no era el suceso en sí, sino su percepción de estar en un lugar, sin que pudiese controlar la situación. Lo que irrumpía era eso, esa lectura que durante la situación real no la había tenido y que ahora trágicamente brotaba amenazante.

Hay una regla que casi siempre se cumple en el combate: para destruir al enemigo, primero hay que situarlo. Ya efectuado el descubrimiento, (hasta ahora nunca enunciado), los veteranos se pueden alistar para que esta vez puedan enfrentar eficazmente al enemigo.

Reexperimentar el suceso *pero esta vez bajo su mando*. El crepúsculo germina en su vida, la noche quedó atrás, en el medio del mar en calma y en un cielo con escasas nubes blancas, aparece en la recta línea del horizonte la luminosidad del nuevo ciclo que se inicia. Pero esta vez la rueda de cabillas, el timón (el control), lo tiene él.

En un conflicto armado, no hay vencedores ni vencidos, sólo sobrevivientes.



En la foto se nos hace presente la doble vertiente del hombre, a la izquierda hay un soldado argentino y a la derecha uno británico, asistiendo a un herido en combate. Esto nos lleva a la reflexión de la naturaleza humana Cabe ahora preguntarnos:

¿Cuál es el camino que elige la persona para encontrarse a sí misma?

Para finalizar, considero que es importante compartir una reflexión que hiciera un veterano de guerra en su diario personal.

"Me queda de las Malvinas una experiencia muy fuerte que me hizo madurar a la fuerza y valorar la vida.

***En situaciones límite te das cuenta de lo frágiles que somos.
Por eso hay que vivir cada instante".***

22. Bibliografía

Bibliografía Utilizada:

1. **Amdur L. Richard, Larsen Randy, Liberzon Israel**, “*Emotional Processing in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: A Comparison with Traumatized and Normal Controls*”, *Journal of Anxiety Disorders* , Vol. 14 N°3. Co- Editors – in – Chief Cyntia G. Last / Michel Hersen, Editorial Pergamon USA, pág. **219 a 238**, (Mayo / Junio 2000).
2. **Anne Anastasi**, “*Tests Psicológicos*”, Edición Española, Tercera edición, (1973).
3. **Armada Argentina**, “*Historía Marítima*”, *Secretaría General Naval Departamento de Estudios Históricos Navales*, Cuántica Editora, Tomo 10, Buenos Aires, (1982).
4. **Aztick F. Douglas, Charles R. Marmar, Daniel Weiss, Warren S. Browner**, “*Posttraumatic Stress Disorder and Functioning and Quality of Life Outcomes in a Nationally Representative Sample of Male Vietnam Veterans*”, *Am J. Psychiatry* 154:12, pág. **1690- 1695**, (December 1997).
5. **Barbadori Atilio Anibal**, “*Rumbo a la Antartida viajes del Vicente Fidel López y del Pampa*”, 138° Título de las Ediciones del Instituto de Publicaciones navales, (1999).
6. **Bassi C. Angel**, “*Principios de Metodología General*”, Editorial Claridad, Vol. 36, Buenos Aires, (1939).
7. **Baigún David**, Información General, Clarín, (7 de Abril del 2002).
8. **Dr. L.C. Béla Székely**, “*Diccionario de Psicología*”, Editorial **Claridad**,. Colombia. (2000).
9. **Blake DD**. “*Rationale and development of the clinician-administered PTSD scales. PTSD Research Quarterly*”, 5:1-2, (1994).
10. **Blake DD**, “*Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS y cols. The development of a clinician-administered PTSD scale. J Traumatic Stress; 8 (1): 75-90, (1995).*
11. **Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Klauminzer G, Charney DS y cols.** “*A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-1*”, *The Behavior Therapist*, 13: **187-88**, (1990).
12. **Bobes García Julio, Busoño García Manuel, Gonzáles García María Paz**, “*Trastorno de Estrés Postraumático*”, Editorial Masson, Barcelona – España, (2000).
13. **Bockian Neil Cynthia L. Radnitz, Louis Hsu, , Dennis D. Tirch, Jeffrey Willard, Lynn B. Lillian**, “*A Comparison of Posttraumatic Stress Disorder in Veterans With and Without Spinal Cord Injury*”, *Short Reports*, 676-680.
14. **Bolstad Brett R., Richard Zinbarg**, “*Sexual Victimization, Generalized Perception of Control, and Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity*”, *Journal of Anxiety Disorder*, Vol. 11 N° 5, pág. 523-540, Florida, USA. (1997).

15. **Boscarino A. Joseph**, "Posttraumatic Stress Disorder, Exposure to Combat, and Lower Plasma Cortisol Among Vietnam Veterans: Findings and Clinical Implications", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 641 N° 1, American Psychological Association, Editor Larry E. Bentler, pág. 191 a 201, Washinton DC, (Febrero 1996).
16. **Brady V. Joseph**, "Úlceras em Macacos Executivos", Octubre, (1958).
17. **Briggs – Myers Isabel**, "MBTI Inventario Tipológico", Forma G, Manual 2ª Edición , TEA Ediciones S.A, Madrid (1995).
18. **Briole, Viernes de Haan, Edelman Halsband, Kersner, Cordón, Lafont, Iagos, Lebigot, Ruíz López**, "Trauma Psíquico", *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, Publicación de Pólemos, S.A., Vol. IX, N° 31, (Marzo, Abril, Mayo de 1998).
19. **Dr. Bronstein Roberto, Dra. Fernández A. Liliana**, "Trastorno Estrés Postraumático", Este trabajo es parte del "Programa de Educación Médica Continua" de *Interclínicas Psi*, WWW.interclnicas-psi.com.ar.
20. **Buenos Aires Económico**, (8 de Abril del 2002).
21. **Cahill P. Shawn, Carrigan H: Maureen, Freueh B. Christopher**, "Does EMDR Work? And if so , Why?: A Critical Review of Controlled Outcome and Dismantling Research", *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pág. 5-33, (1999).
22. **Carballo Pablo Marcos**, "Dios y los Halcones", Ediciones Rex, Buenos Aires – Argentina, (1999).
23. **Carballo Pablo Marcos**, "*Dios y los Halcones*", Ediciones Rex, Buenos Aires, (1999).
24. **Caro Isabel**, "Manual de Psicoterapias Cognitivas", España, Editorial Paidós. (1997).
25. **Carpio Adolfo P.**, "Principios de Filosofía", Editorial Glauco, Buenos Aires, (1993).
26. **Dr. Cia, Alfredo H.**, "Trastorno por Estrés Postraumático Diagnostico y Tratamiento Integrado", Primera Edición, Imaginador, Buenos Aires, (2001).
27. **CIE 10**, "Trastornos Mentales y del Comportamiento, Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico", *Publicado por la Organización Mundial de la Salud*, Editado en español por MEDITOR, (1992).
28. **Clarín**, (Sábado 6 de Abril del 2002).
29. **Comisión Nacional de Ex - Combatientes de Malvinas Ministerio del Interior**, "Situación General de los Ex-Combatientes de Malvinas", (Julio de 1997).
30. **Congrat '92**, "VIIº Congreso Argentino de Análisis Transaccional y Nuevas Ciencias de la Conducta", Editorial Ippem, Buenos Aires. (1992).
31. **Cusack Karen, Richard Spates**, "The Cognitive Dismantling of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)", *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pág. 87-99, (1999).

32. **Davidson Jrt.** "Biological Therapies for Post-Traumatic Stress Disorder", *J. Clin. Psychiatry*, 58 (Supl 9): pág. 29-32, (1997).
33. **Davidson JRT, Hughes D, Blazer DG.**, "Traumatic Experiences in psychiatric outpatients", *J Trauma Stress*, 3: 459-475, (1990).
34. **De Jongh A., Ten broeke, M. R. Renssen**, "Treatment of Specific Phobias with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Protocol, Empirical Status, and Conceptual Issues", *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pág. 69-85. (1999).
35. **De la Neurosis Traumática al Trastorno por Estrés Postraumático.** Un análisis histórico-epistemológico. (FALTA AGREGAR Y UBICAR EL LIBRO).
36. **De la Redacción de LA NACIÓN**, www.lanacion.com.ar
37. **Del Monte M. Michael**, "Retrieved memories of Childhood sexual abuse", *British Journal of Medical Psychology*, Vol. 73, N° 1-13. (2000).
38. **Destefani H. Laurio**, "Malvinas, Georgias y Sándwich del Sur ante el conflicto con Gran Bretaña", Edipress S.A. Buenos Aires –Argentina (1981).
39. "**Diccionario Básico Espasa**", Espasa-Calpe, S.A., Tercera edición, Tomo 7-12-14, Madrid, (1984).
40. **Douglas F. Aztatck, Charles R. Marmar, Daniel Weiss, Warren S. Browner**, "Posttraumatic Stress Disorder and Functioning and Quality of Life Outcomes in a Nationally Representative Sample of Male Vietnam Veterans", *Am J. Psychiatry* 154:12, pág. 1690- 1695, December (1997).
41. **DSM-IV**, "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", Edición Masson, S.A, Barcelona - España, (1995).
42. "**Dyela**", Enciclopedia Autodidáctica, Lexus Editores, Tomo IV, Edición 1997 / 1998.
43. **Durkheim Émile**, *El Suicidio*, Ediciones Coyoacán, S.A. de C.V., Quinta edición (1999).
44. **Echeburúa Enrique, Paz de Corral**, Trastorno de estrés postraumático, pag. 178 Revisar!!!
45. **Ehlers Anke, Maercker Andreas, Boos Anne**, "Posttraumatic Stress Disorder Following Political Inprisonment: The Role of Mental Defeat, Alienation, and Perceived Permanent Change", *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 109, N° 1, pág. 45- 55, (2000).
46. **Engdahl Brian, Dikel N. Thomas, Eberly Raina, Blank Arthur**, "Posttraumatic Stress Disorder in a Community Group of Former Prisoners of War: A normative Response to Severe Trauma", *Am J. Psychiatry*; 154:1576-1581, (1997).
47. **Escalona R, Tupler LA, Saur CD, Krishnan KR, Davidson JR.** "Screening for trauma history on an inpatient affective disorders unit: a pilot study", *J Trauma Stress* , 10(2):299-305, (1997).

48. **Erickson J. Darin, Jessica Wolfe, Daniel W. King, Lynda A. King and Erica J. Sharkansky**, "Posttraumatic stress Disorder and Depression Symptomatology in a Sample of Gulf War Veterans: A Prospective Analysis", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 69 N°1, pág. 41- 49, American Psychological Association, Washinton DC February (2001).
49. **Ernesto de la Guardia**, "La Primera Batalla de las Malvinas", *Todo es Historia* – N° 335, Buenos Aires – Argentina, (1984).
50. **Errecaborde José Alberto**, "Desembarco Separata N° 14: La agrupación de Infantería de Marina Malvinas", *Gesta Malvinas* 1982, Año XXXIX, N° 155, (Agosto 1995).
51. **Errecaborde Jorge**, "*Anecdotario II de la Infantería de Marina*", Editorial TIARA S.R.L. Buenos Aires,(2000).
52. **Etchebarne Juan**, Suplemento de Crónica, N°330, Buenos Aires, (10 de Febrero del 2002).
53. **Everly S. George and Lating M. Jeffry**, " Psychotraumatology, Key Papers and Core Concepts in Post-Traumatic Stress", Plenum Press, New York, (1995).
54. **Ferrater Mora José**, "Diccionario de Filosofía", Editorial Ariel, Barcelona, (1994).
55. **Foa Edna, Constance V. Dacu, Elizabeth A. Hembree, Lisa H. Jaycox, A**, "Comparison of exposure therapy, stress moculation training and This Combinators a rancing PTSD in female assant victims", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 67 N°2 , pág. 194 - 200, (Abril 1999).
56. **Frankl Víctor E.**, "Un Psicólogo en el Campo de Concentración", Editorial Plantin, Buenos Aires, (1955).
57. **Freud Sigmund**, "Más allá del Principio del Placer", *Obras Completas*, Amorrortu, Volumen 18 (1920-1922).
58. **Freud, Sigmund**, "**Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud**", *Obras Completas*, Tomo 1, Tomo 2 y Tomo 3, Amorrortu Editores, (1886 – 1899).
59. **Freud Sigmund**, "Reseña de August Forel, Der Hypnotismus", *Obras completas*, Vol. 1, Amorrortu Editores, (1889).
60. **Freud, Sigmund**, "Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos", *En Obras Completas*, Tomo 3, Primeras publicaciones psicoanalíticas, Amorrortu Editores, (1893 – 1899).
61. **Ford D.Julian**, "Disorders of Extreme Stress Foloowing War-Zone Military Trauma: Associated Features of Posttraumatic Stress Disorder or Comorbid but Distinct Síndromes?", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 67 N° 1, pág. 3-12, (1999).
62. **Gillan Audrey**, "Alta Tasa de Suicidios", *Boletín del Centro Naval*, N° 804, (Enero-Abril 2002).
63. **Goleman, D.** "La Inteligencia Emocional", Javier Vergara Editor, Buenos Aires, (1996).

64. **Greenberger, D.; Padesky, C. A.**, “El control de tu estado de ánimo: Manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios”, Guilford Press, Barcelona, pag. 50-51, (1998).
65. **Hadar Lubin, David Read Jonson**, “Interactive Psychoeducational Group Therapy in the Treatment of Authority Problems in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder”, *International Journal of Group Psychotherapy*, 50(3), pág. 277-295, (2000).
66. **Hays L. William**, “Statistics”, By Holt, Rinehart and Winston, Inc., United States of America, (1963).
67. **Hessen J.** “Teoría del Conocimiento”, Editorial Espasa-Calpe Argentina S.A., Buenos Aires, (1940).
68. **Himitián Evangelina**, “Información General”, *La Nación*, (7 de Abril del 2002).
69. “**Historia marítima Argentina**”, Editado por el Departamento de Estudios Históricos Navales, Primera Edición, (Marzo de 1986). Tomo I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, Buenos Aires, (1985).
70. **Hughes Jr. Wayne**, “Tácticas de Flote y del Combate Costero”, 151° Título de las ediciones del Instituto de Publicaciones Navales, Nueva Edición, Buenos Aires – Argentina, (2001).
71. **Información General**, *La Nación*, 14 de Junio de 2002.
72. **INSSJP**, Federación de Veteranos de Guerra de la A.R.A., Programa de Investigación – Acción Participativa de los veteranos de Guerra de Malvinas.
73. **Iones S. Wright, Lisa M. Nekhom**, “Diccionario Histórico Argentino”, Emece editores, S.A, pág. 455-458, (1990).
74. **Jaspers Karl**, “Filosofía de la Existencia”, Editorial Aguilar, Madrid, 1961.
75. **Jaspers Karl**, “La Filosofía”, Editorial Fondo de la Cultura Económica”, México, 1968.
76. **Kasanzew Nicolas**, “Malvinas a Sangre y Fuego”, *suplemento N° 7 de la Revista Siete días*, Editorial Abril, Buenos Aires, (Agosto de 1982).
77. **Kapland I. Harold, Sadock J. Benjamin, Grebb A. Jack**, “Sinopsis de Psiquiatría”, Séptima Edición, pág. 627, Editorial Medica Panamericana S.A, Buenos Aires – Argentina, (1996).
78. **Keegan J.** (1, p. 386), What Is PTSD?, *Am J. Psychiatry* 154:2, pág. 143-145, (February 1997).
79. **Kerman, B. y cols.**, “Nuevas Ciencias de la Conducta: Aplicaciones para el tercer milenio”, Editorial Uflo, Buenos Aires, pág. 27, 41, 47, 52. (1998).
80. **Dr Kertész. Roberto, Kerman Bernardo**, “El Manejo del Stress”, Editorial Ippem, (1985).
81. **Kertész, R. y cols.**, “Análisis Transaccional Integrado”, 2º Edición, Editorial Ippem, Buenos Aires, (1997).

82. **Kertész Roberto**, “ El Monitor del Estrés”, Editorial IPPEM, Buenos Aires, (1985).
83. **Kasanzew Nicolas**, “*Malvinas a Sangre y Fuego*”, Editorial Abril, Buenos Aires,(1982).
84. **Kertész Roberto, Kerman Bernardo**, “El Manejo del Estrés”, Editorial Ippem, Buenos Aires, (1982).
85. **King DW, Leskin GA, King LA, Weathers FW**. “Confirmatory factor analysis of the Clinician-Administered PTSD Scale: Evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder”, *Psychological Assessment*, 10 (2): 90-96, (1998).
86. **King W. Daniel and Linda A. King, David W. Foy, David M. Gudanowski**, “Prewar Factors in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorders: Structural Equation Modeling With a National Sample of Female and Male Vietnam Veterans”, *Journal Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, N° 3, pág. 520-531, (1996).
87. **King W. Daniel, King A. Lynda, Erickson J. Daniel, Huang T. Mina, Sharkansky J. Erica, Wolfe Jessica**, “Posttraumatic Stress Disorder and Retrospectively Reported Stressor Exposure: A Longitudinal Prediction Model”, *Journal of Abnormal Psychology* ., Vol. 109, N° 4, pág. 624-633. (2000).
88. **King Daniel, Foy David, Keane Terence, Fairbank John**, “Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Female and Male Vietnam Veterans: Risk factors, War-Zone Stressors and Resilience-Recovery Variables”, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 108, N° 1, pág. 164- 170, Washintong DC., (1999).
89. **King Daniel, Sharkansky Erica, Wolfw Jessica, King Linda**, “Coping UIT Gulf War Combat Stress: Mediating and Moderating Effects”, *Journal of Abnormal Psichology* Vol. 109 N° 2, pág. 188 a 197, Edition American Psychological Association Inc. Washinton DC, (Mayo 2000).
90. **La Nación**, “Artículo sobre la terapia psicológica cognitiva”, extraído del diario The Wall Street Journal Americas, sección 2, pág. 5, (24 de mayo del 2002).
91. **Laplanche Jean, Pontalis Jean-Bertrand**, “Diccionario de Psicoanálisis”, Editorial Labor, S.A., Barcelona, (1993).
92. **Las Categorías Diagnósticas**, “DSM-III”, “DSM-R-III”, Tercera Reimpresión, Edición Masson, Barcelona – España, (1992).
93. **Lazarus, A**, “Terapia Multimodal”, Editorial Ippem, Buenos Aires. pág. 13-15, (1983).
94. **Lee J. Cronbach**, “Fundamentos de la Exploración Psicológica”, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid (1963).
95. **Lee Hyer University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Ellen Stanger and Patrick Boudewyns Veterans Affairs Medical Center, Augusta, GA**, “The interaction of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Older Combat Veterans”, *Journal of Clinical Psychology* Vol. 55 N° 9, pág. 1073-1081, Editor Wiley, Editors Kenneth I. Howard, Larry E. Beutler, New York, U.S.AA.,September (1999).

- 96. Levin Patti, Lazrove Steven, Bessel van der Kolk,** “GAT Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us about the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing”, *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pág. 159-172, (1999).
- 97. Litz T. Brett, King Linda, King Daniel, Orsillo M. Susan, Friedman Matthew,** “Warriors as Peacekeepers: Features of the Somalia Experience and PTSD,” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 65, N° 6, pág. 1001-1010, (1997).
- 98. López Vicente Fidel,** “Historia de la República Argentina”, Editorial Sopena Argentina S. A., Primera Edición (Septiembre de 1938), Segunda Edición (Abril de 1944), Tercera Edición (Abril de 1949), Cuarta Edición (Septiembre de 1954), Quinta Edición (Septiembre de 1957), Sexta Edición (Enero de 1960), Tomo I, II, III, IV, V, Buenos Aires.
- 99. Matsaks Aphodite, PhD,** “I Can’t get Over it. Handbook for Trauma Survivor”, Segunda Edición, Estados Unidos de Norteamérica, (1996).
- 100. Martínez Bouquet, C.** “Fundamentos para una teoría del psicodrama”, Editorial Siglo XXI, México, (1977).
- 101. Mehmet Sungur, B. Aksin Sumerli and Ahmet Ozcubukcuoglu,** “Common Features of PTSD Cases Amongst a Group of Military Staff Referred From the Southeast Region of Turkey”, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Vol. 9, N° 4, pág. 179-28, (1995).
- 102. Mitchell T. Jeffrey and Everly S. George,** “Critical Incident Stress Debriefing: CISM”, An operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress Among Emergency Services and Disaster Workers, Second Edition, Revised, *Chevron Publishing Corporation*, (1995 – 1996).
- 103. Morente Manuel, Bobes García Julio,** “Lecciones Preliminares de Filosofía”, Editorial losada, Buenos Aires, (1978).
- 104. Moroni Marcelo, Néstor Nogar, Ricardo Bravo, Gustavo Andrés Gonzáles,** Miguel Casielles, Luis Andrade, Elisa Wilbergear, Carlos Iglesias, Rubén Bernardo Ramírez, Alejandro Iriarte, José Bernardo Orsi, Juan Ladereche, Nazareno Natale, “Malvinas”, Edición Gratuita, Rivalde 2002.
- 105. Navarro Juan,** “Reflexiones acerca de las neurosis de la guerra y sus vinculaciones a la teoría de la pulsión de muerte, Sobre un chico de Malvinas”.
- 106. Nietzsche F.,** Aforismos, Santiago Rueda Editor, Buenos Aires, (1951).
- 107. Nishith Pallavi, Mindy B. Mechanic and Resick A. Patricia,** “Prior Interpersonal Trauma: The Contribution to Current PTSD Symptoms in Female Rape Victims”, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 109, N° 1, pág. 20-25, (2000).

108. **Orr Scott P., Natasha B. Lasko, Arieh Y. Shalev, Roger K. Pitman**, "Physiologic Responses to Loud Tones in Vietnam Veterans With Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 104, N° 1, pág. 75-82, (1995).
109. **Oyarzábal Guillermo Andrés**, "Argentina hacía el Sur: La Utopía del Primer Puerto Militar (1895 – 1902)", *152° Título de las Ediciones del Instituto de Publicaciones Navales*, Primera edición, Buenos Aires – Argentina, (2002).
110. **Platón, Fedón**, Editorial Universitaria de Buenos Aires, Buenos Aires, (1976)
111. **Panchon Carreras Antonio**, "Guía Práctica para la Elaboración de un Trabajo Científico", CITA, Publicaciones y Documentación (CITAPE, S.L.), Primera Edición, (1994).
112. **Recuerdos de la Guerra**, *La Nación*, 30 de marzo de 2002.
113. **Redacción de LA NACIÓN**, www.lanacion.com.ar
114. **Remotti A. Rodolfo (Director)**, "Boletín del Centro Naval", N° 779, Vol. 113, Año 114, (Julio, Agosto y Septiembre de 1995).
115. **Reynolds G. Clark**, "Las Armadas en la Historia", *148° Título de las Ediciones del Instituto de Publicaciones Navales*, Primera Edición, Buenos Aires – Argentina, (2000).
116. **Richards David**, "The Eye Movement Desensitization and Reprocessing Debate: Commentary on Rosen Et Al. and Poole Et Al", *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, pág. 13-17, (1999).
117. **Ridruejo Alonso, P y cols**, "Psicología Médica", *Mc Graw Hill – Interamericana*, Madrid, (1996).
118. **Robacio, Carlos A.**, "*Desde el Frente*", Instituto de Publicaciones Navales, Primera Edición, Buenos Aires, (1996).
119. **Rogers Susan, Steven M. Silver, James Goss, Jeanne Obenchain, Amy Wills and Robert L. Whitney**, "A single Session, Group Study of Exposure and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Treating Posttraumatic Stress Disorder Among Vietnam War Veterans: Preliminary Data", *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pág. 119-130. (1999).
120. **Dr. Rosetti López Daniel**, "Epidemia del Siglo XX: Estrés, Cómo Entenderlo Entendense y Vencerlo", Editorial Distribuidora Lumen SRL, Buenos Aires – México, (2000).
121. **Rubino Vicente**, "Series Filosóficas" Editorial Uflo, Buenos Aires, (1997).
122. **Sabino Carlos**, "Cómo hacer una Tesis y y Elaborar toda clase de Trabajos Escritos", Editorial Panamericana, Primera Edición, Colombia, (1996).
123. **Sampere G. Eduardo (Lic. En Psicología)**, "T.O.M. – Conclusiones de Psicoterapia", Las conclusiones de este trabajo ha sido obtenido de la evaluación y tratamiento de veteranos de guerra de

- Malvinas, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar Campo de Mayo, durante el período de Junio 1998 / 1999.
124. **Sampieri Hernández Roberto, Colado Fernández Carlos, Lucio Baptista Pilar**, “Metodología de la Investigación”, Segunda Edición, McGrW-Hill Interamericana Editores, México, (1991).
 125. **Schnurr Paula, Ford Julian, Green Bonnie, Bradley J. Dain and Anjana Sengupta**, “Predictors and Outcomes of Posttraumatic Stress Disorder in World War II Veterans Exposed to Mustard Gas”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 68, N° 2, pág. 258-268, (2000).
 126. **Scott P. Orr, Natasha B. Lasko, Nancy J. Berry, Caryl E. Ahern, Roger K. Pitman**, “Psychophysiologic Assessment of Women With Posttraumatic Stress Disorder Resulting From Childhood Sexual Abuse”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 66, N° 6, pág. 906-913, (1998).
 127. **Seitz Maximiliano** (Enviado especial de la BBC a Buenos Aires), , (Martes 26 de marzo de 2002)
 128. **Shapiro Francine**, “Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the Anxiety Disorders: Clinical and Research Implications of an Integrated Psychotherapy Treatment”, *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, N° 1-2, pág. 35-67, (1999).
 129. **Sharkansky J. Erica, Daniel W. King, Lynda A. King and Jessica Wolfe, Darin J. Erickson, Lynissa R. Stokes**, “Coping With Gulf War Combat Stress: Mediating and Moderating Effects”, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 109, N° 2, pág. 188-197.(2000).
 130. **Sivik T.**, “Certain Psychological Characteristics of soldiers injured in the 1991-1993 war in Croatia”, *Stress Med.*, 16:3-10, (2000).
 131. **Sloan Patrik, Linda Arsenault and Mark Hilsenroth**, “A Longitudinal of the Mississippi Scale for combat-Related PTSD in Detecting War-Related Stress Symptomatology”, *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 54 N° 8, pág. 1085-109. (1998).
 132. **Sociedad:** “ Río negro on line, (14 de Enero del 2002).
 133. **Southwick Steven M., Morgan Andrew, Andreas I. Nicolau and Dennis Charney**, “Consistency of Memory for Combat-Related Traumatic Events in Veterans of Operation Desert Storm”, *Am J. Psychiatry* 154:2, pág. 173-177, (February 1997).
 134. **Dr. Stagnaro Juan Carlos, Dra. Bednarz Carla, Dra. Sobredo Laura**, “ Diccionario de Psicofarmacología” Editorial Polemos S. A., Buenos Aires, (1994).
 135. **Taborga Huáscar**, “ Cómo Hacer una Tesis”, Editorial Grijalbo, México, (1982).
 136. **Thompson Julian**, “La Savia de la Guerra: La logística del Conflicto Armado”, 147° *Título de las ediciones del Instituto de Publicaciones Navales del Centro Naval*, Primera Edición, Buenos Aires – Argentina, (2000).

137. **Vallejo Ruiloba, J.**, "Introducción a la psicopatología y la psiquiatría", Salvat, México, (1996).
138. **Valñente Marcela**, www.ipsenespanol.org
139. **Waispek Carlos Alberto**, "*Balsa 44*", Editorial Vinciguerra, Tercera Edición, Buenos Aires, (1994)
140. **Watzlawick Paul, Beavin Janet Helmick y Jackson Don.D.** "Teoría de la Comunicación Humana", Editorial Tiempo Contemporáneo, (1966).
141. **Wessel Ineke and Merckelbach Harald**, "Characteristics of Traumatic Memories in Normal Subjects", *Behavioural an Cognitive Psychotherapy*, 22, pág. **315-324**, (1994).
142. **Yahuda R. Davidson J.**, Manual para Clínicos sobre el : "Trastorno de Estrés Postraumático", EE.UU., (2002).
143. **Yehuda Rachel and Alexander C. McFarlane**, "Conflict Between Current Knowledge About Posttraumatic Stress Disorder and Its Original Conceptual Basis", *Am J. Psychiatry* 152:12, pág. 1705- 1711, December (1995).
144. **Zahava Solomon, Karni Ginzburg, Yuval Neria and Abraham Ohry**, "Mental Health Departament, Medical Corps, Israel Defense Forces, Coping with war captivity: the role of sensation seeking, Sensation seeking and war captivity", *European Journal of Personality*, Vol. 9, N° 1, pág. **57-66**, West Sussex, UK, (1995).
145. **Zieher, L.M., Bertera, H, Wikinsky S. et. al.;** "*Neuropsicofarmacología Clínica*"; *Colección de Farmacología*; 2ª Edición (1999).

Páginas de Internet:

1. www.BBCmundo.com
2. www.interhabit.com
3. www.clarin.com
4. www.malvinasonline.com.ar
5. www.lanacion.com.ar
6. www.elmundoes.com
7. www.elchenque.com.ar