

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**El psicodrama como tratamiento para personas con
trastorno de estrés post-traumático debido a la
guerra
Proyecto de Investigación**

Lucía Alejandra Arteaga Gallardo

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicóloga Clínica

Quito, 10 de mayo de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y
HUMANIDADES

HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**El psicodrama como tratamiento para personas con
trastorno de estrés post-traumático debido a la
guerra**

Lucía Alejandra Arteaga Gallardo

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Jaime Costales Peñaherrera, Ph.D

Firma del profesor

Quito, 10 de mayo de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Lucía Alejandra Arteaga Gallardo

Código: 00111245

Cédula de Identidad: 1718090994

Lugar y fecha: Quito, 10 de mayo de 2018

RESUMEN

El trastorno de estrés post-traumático está caracterizado por la exposición a un evento traumático ya sea este: muerte, herida de gravedad o abuso sexual en una o más de las siguientes formas: de manera directa o por presenciar un evento ocurrido a un individuo diferente, sea una sola vez o de manera prolongada. (American Psychiatric Association, 2013). Es por eso que se la investigación para encontrar una alternativa de tratamiento para estos individuos se ha expandido, ya que es un trastorno que causa grave complicaciones a la productividad del sujeto en la vida cotidiana.

Sin embargo todas las alternativas se basan en la verbalización del paciente para tratar el problema, dejando de lado la totalidad para la intervención psicológica. Es por eso que se toma en cuenta el psicodrama como alternativa ya que “ofrece al individuo un espacio seguro y confiable donde se puede abrir, explorar, compartir y elaborar su contenido” (Cornejo & Levy,2003,p.10). Así como “El proceso terapéutico intenta proveer un espacio para que un individuo tenga la posibilidad de integrar aspectos no reconocidos en sí mismo” (Cornejo & Levy ,2003, p.13). A través del psicodrama se lograría realizar un trabajo integrativo involucrando el movimiento, la psique, la emocionalidad y la creatividad de los sujetos.

Es por esto que en el siguiente estudio se busca analizar como el psicodrama sería una alternativa eficaz para el tratamiento del trastorno de estrés post traumático de Guerra. Especialmente enfocado en los excombatientes del conflicto bélico del Alto Cenepa, guerra que se dio en 1941 entre Ecuador y Perú. Mediante la revisión de literatura, así como un posible planteamiento de estudio.

ABSTRACT

Post-traumatic stress disorder is characterized by exposure to a traumatic event either: death, serious injury or sexual abuse in one or more of the following ways: directly or by witnessing an event occurring to a different individual, once or in a prolonged manner. (American Psychiatric Association, 2013). That is why the research to find an alternative treatment for these individuals has expanded, as it is a disorder that causes serious complications to the productivity of the subject in everyday life.

However, all alternatives are based on verbalizing the patient to treat the problem, leaving aside the totality for psychological intervention. That is why psychodrama is taken into account as an alternative because it "offers the individual a safe and reliable space where they can open, explore, share and elaborate their content" (Cornejo & Levy, 2003, p.10). As well as "The therapeutic process tries to provide a space for an individual to have the possibility of integrating unrecognized aspects into himself" (Cornejo & Levy, 2003,p.13). Through psychodrama, an integrative work involving the movement, the psyche, the emotionality and the creativity of the subjects could be achieved.

This is why the following study seeks to analyze how psychodrama would be an effective alternative for the treatment of post-traumatic stress disorder of War. Especially focused on the ex-combatants of the war conflict of Alto Cenepa, a war that took place in 1941 between Ecuador and Peru. Through literature review, as well as a possible study approach.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	8
Revisión de la literatura.....	13
Metodología.....	36
Resultados esperados.....	42
Discusión.....	43
Referencias.....	47
ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes.....	50
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado	52
ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información.....	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla #1. Criterios de diagnóstico DSM-5, para trastorno de estrés post-traumático...16

INTRODUCCION

El presente trabajo de titulación tiene como objetivo analizar de que manera y hasta qué punto el psicodrama funciona como tratamiento eficaz para personas que padecen el trastorno de estrés postraumático de guerra, así como examinar si a través de esta terapia se podría ayudar a consolidar de mejor manera el proceso de trauma experimentado por dichos pacientes.

Con la finalidad de brindar un mejor entendimiento se hace indispensable definir inicialmente el concepto del psicodrama como terapia, tomando como base las definiciones otorgadas por diferentes autores con respecto a la utilización de la misma como intervención terapéutica. De igual manera se definirá el trastorno de estrés post traumático, específicamente en personas que han experimentado un trauma de postguerra, considerando que los más vulnerables son aquellos que estuvieron en el frente de batalla. Es así que se ha determinado como grupo de estudio individuos expuestos a la guerra del Cenepa¹ (también conocido como conflicto del Alto Cenepa), específicamente soldados y veteranos de guerra, lo cual permitirá analizar los efectos causados en su vida cotidiana.

En base a las definiciones analizadas se podrá determinar para la población seleccionada la efectividad del psicodrama como terapia propuesta, cuáles son las fortalezas de su aplicación, las debilidades presentadas al integrar una terapia alternativa y que avances han existido hasta el momento en el tratamiento de este tipo de traumas. Finalmente, cabe recalcar que se realizará especial énfasis en analizar las características principales del psicodrama, tales como la integración de la acción a la terapia y el trabajo con la memoria corporal, las cuales son herramientas claves que podrían proporcionar una ayuda a la integración óptima de eventos traumáticos.

¹ Enfrentamiento bélico que ocurrió en el lado oriental de la cordillera del Cóndor, sobre la cuenca del río Cenepa, enfrentando a las fuerzas armadas de Ecuador y Perú en los meses de enero a febrero de 1995.

Introducción al Problema

1. Antecedentes

1.1 La historia de trastorno de estrés-post traumático de guerra: Una breve reseña.

El trastorno de estrés post-traumático está caracterizado por la exposición a un evento traumático ya sea este: muerte, herida de gravedad o abuso sexual en una o más de las siguientes formas: de manera directa o por presenciar un evento ocurrido a un individuo diferente, sea una sola vez o de manera prolongada. Como resultado la persona desarrolla síntomas intrusivos relacionados al evento; evitación de estímulos que tengan algún parecido a lo ocurrido; alteraciones negativas cognitivas y de ánimo; alteraciones marcadas y reactividad. Todos estos síntomas causan un impedimento de funcionalidad en el individuo, por más de un mes, complicando la adaptación de este a la vida cotidiana (American Psychiatric Association, 2013).

De acuerdo a la definición antes descrita las personas que han vivido o presenciado un conflicto bélico, en especial aquellos en el campo de batalla, desarrollarán un trastorno de estrés post-traumático que afectará a su vida cotidiana. El término trastorno de estrés post-traumático en sí es relativamente nuevo, dándose a conocer a partir de 1980 a raíz de la observación de los soldados estadounidenses que regresaban de la guerra de Vietnam. La Asociación Americana de Psiquiatría debido al legado de desastres que ocasiono en los soldados la guerra de Vietnam decide incluir un diagnóstico que explique los síntomas que estos manifestaban al no poder ser explicados de manera médica. A partir de estos análisis deciden incluir el término en la tercera edición del Manual de Estadística y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (Crocq, 2000).

No obstante, desde épocas anteriores y en diversos escritos antiguos se ha podido observar cómo se describen los síntomas del trastorno en personas que sobrevivían a un conflicto bélico tales como "Soldier's Heart", "Shell Shock" y "War Neurosis", todos refiriéndose a los comportamientos que poseían aquellos individuos que regresaban del campo de batalla. Incluso antes de la era cristiana, existen poemas que relatan y describen los síntomas presentados por el trastorno en los combatientes que estuvieron más cercanos al área de combate o al punto caliente como lo llamaban en la época (Crocq, 2000).

Es así que a medida que la definición del trastorno post-traumático fue evolucionando, las aproximaciones hacia el tratamiento fueron modificándose paralelamente, iniciándose con intervenciones de psiquiatras en los campos de batalla durante la época de la Primera Guerra Mundial hasta realizar tratamientos aislados con terapia de exposición progresiva, método que actualmente es utilizado de manera óptima (Friedman, 2014).

1.2 Problema

A través de la revisión de estudios y textos académicos, se ha determinado que no existe un número significativo de investigaciones que relacionen al psicodrama como terapia para personas que sufren de trastorno de estrés post-traumático de guerra. Es importante resaltar que existen investigaciones separadas acerca de tratamientos para el trastorno de estrés post-traumático, así como de la efectividad de la terapia del psicodrama, mas no existen estudios que vinculen los dos aspectos antes expuestos. De igual forma la mayor parte de las investigaciones acerca de las terapias utilizadas en la población seleccionada, se refieren a tratamientos tradicionales en los cuales solo se verbaliza, omitiendo otros aspectos importantes del individuo como es la reexperimentación a través de diferentes sentidos del cuerpo. Bajo este contexto la utilización de la corporalidad para revivir el evento traumático como herramienta dentro de la terapia permiten al paciente enfrentar y consolidar la memoria

afectada de una manera distinta. Otro de los aspectos que se pudo apreciar en la búsqueda de referencias bibliográficas, es que en el Ecuador existen escasas investigaciones con respecto a tratamientos que han recibido ex combatientes de la guerra del Cenepa, así como de otras guerras pasadas del país, razón por la cual se ha procedido a enfocar el presente estudio en esta población específica.

1.3 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los potenciales y las limitantes de la utilización del psicodrama como tratamiento para el trastorno de estrés post-traumático de guerra, en los ex combatientes del Cenepa en el Ecuador?

1.3.1 Propósito del Estudio

El propósito del presente estudio es profundizar en el análisis de la información recabada con respecto al trastorno de estrés post-traumático, así como determinar un tipo de terapia alterna a la comúnmente utilizada como lo indica las diferentes publicaciones consultadas. La terapia propuesta deberá incluir no solamente el área verbal del individuo, sino alcanzar niveles más profundos a través de la interpretación corporal y sensorial. Bajo este contexto se ha escogido el psicodrama que incluye estas alternativas terapéuticas, permitiendo implementar una nueva forma para tratar el trastorno del estrés post-traumático, aplicándolo en el grupo de observación seleccionado como son los ex combatientes de la guerra del Cenepa.

1.4 El significado del estudio

De acuerdo a lo expuesto anteriormente el estudio posee como objetivo lograr un impacto en las personas que se han encontrado en un campo de batalla y “que a raíz de eso han desarrollado un trastorno, el cual causa un nivel de dificultad en su vida cotidiana” (APA,

2013). Así también pretende mostrar alternativas terapéuticas y concientizar a familiares, amigos y personas acerca de los problemas que podrían presentar los individuos que han presenciado y experimentado un conflicto bélico. En el Ecuador este tipo de estudio sería el primero en desarrollarse correlacionando el psicodrama al tratamiento del estrés post-traumático en ex combatientes de la Guerra del Cenepa.

1.5 Resumen

En resumen, se ha descrito inicialmente el objetivo de la investigación, así como una breve reseña acerca del trastorno de estrés post-traumático. En el siguiente capítulo Revisión de la Literatura, el mismo que se encuentra dividido en cuatro partes, se procederá a ampliar las definiciones del psicodrama y del trastorno de estrés post-traumático, para de esta manera relacionarlos con los acontecimientos vividos en la guerra del Cenepa para realizar un análisis de su aplicación en los excombatientes. Finalmente, se realizará una explicación de la metodología de investigación aplicada, análisis de los datos encontrados, conclusiones y discusión.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Fuentes

La información recolectada del presente estudio se basó principalmente en revistas indexadas y artículos publicados en las herramientas de búsqueda EBSCO y Proquest, las mismas que son fuentes otorgadas por los recursos digitales de la Universidad San Francisco de Quito. En el caso de temas teóricos e históricos, se realizó a través del buscador Google Académico, basándose en artículos y estudios publicados en diferentes revistas indexadas.

2.3 Formato de la Revisión de la Literatura

La revisión de este proyecto de titulación será dividida de forma temática, enfocándose en los siguientes temas: trastorno de estrés post-traumático; trastorno de estrés post-traumático de guerra; guerra del Cenepa en el Ecuador y posibles efectos psicológicos en ex combatientes; terapia del psicodrama y terapia del psicodrama como alternativa de tratamiento para ex combatientes de la Guerra del Cenepa.

2.4 Trastorno de Estrés Post-Traumático

Existen varios tipos de acontecimientos traumáticos a los cuales un individuo puede ser expuesto, sin embargo, estos eventos principalmente se definen como

procesos en los cuales la persona expuesta, procesa un sentimiento de riesgo hacia su integridad o la integridad de otros, siendo esta de manera directa, es decir siendo esta víctima principal del evento o indirecta, siendo participe externo, ya sea por observación o inclusive relato de un tercero (Di Nasso, 2009,p.1).

A partir de esta definición se empieza a diferenciar los criterios para las personas que sufren de síntomas después de haber sido expuestos a un evento traumático. En 1952 las bases del trastorno de estrés post-traumático son por primera vez presentadas en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Psiquiátricos² dentro de su primera edición denominado como “*Gran Reacción al Estrés*” (APA, 1952), cambiando su nombre en 1968 en su segunda edición a “*Perturbación situacional transitoria*” (APA, 1968), siendo que en ambos casos se consideraban al TEPT como un fenómeno agudo y transitorio (Sosa & Capafons, 2011).

Recién en 1980 se introduce en la tercera edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Psiquiátricos (DSM-III), el término que actualmente se conoce como Trastorno de Estrés Post- Traumático dentro de la categoría de trastornos de ansiedad, definiéndolo como “manifestaciones clínicas que pueden surgir después haber experimentado un acontecimiento de naturaleza traumática, que por lo general se encuentra fuera del marco habitual de la experiencia humana.” (APA, 1980, p.236) A partir de esta definición, se brinda un espacio para describir la sintomatología presentada y clasificarla en diferentes grupos, lo cual permitió estructurar el trastorno de manera que se pueda identificar fácilmente para brindar un diagnóstico tal como se realiza con los manuales de carácter médico. Es así como se formaron diferentes grupos de síntomas divididos en lo que se conoce como criterios dentro del trastorno.

Al ser la primera vez que se estructuraba el trastorno dentro del DSM III, se empezó a utilizar de manera general la intensidad del mismo, debido a que no se demostraba una diferencia entre los acontecimientos dentro de esta categoría. Por esta razón en la revisión del manual DSM III-TR (APA,1987) se modifica la especificación de la intensidad y se reestructura la clasificación de los criterios. En la cuarta revisión del DSM en el año de 1994,

² Manual desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría

se toma en consideración los cambios que podrían existir en poblaciones de niños y adolescentes,

Señalando que los niños y adolescentes, tienden a presentar recuerdos recurrentes e invasores del acontecimiento que se pueden expresar en pensamientos, percepciones o juegos repetitivos con elementos del trauma. En el juego como en las imágenes pueden alterar la acción en su fantasía y representación, en búsqueda de salidas a la situación negativa para disminuir o minimizar el efecto del trauma. (APA, 1994, p.424 & 2000, p.236).

La reexperimentación puede desarrollarse después de un período de latencia de meses o años. También se presentan sueños recurrentes que en niños pueden ser acerca del evento traumático, pero también pueden ser sueños terroríficos acerca de otras situaciones o de carácter inespecífico; los niños pequeños pueden re-escenificar el acontecimiento traumático específico (APA, 1994, p.424 & 2000, p.236).

A diferencia de los diagnósticos para adultos, en donde se omite el ámbito de juego como principal indicio, pero existe en cambio una disminución de interés en sus actividades o situaciones que tengan una parecido al evento estresante.

Los cambios en los criterios perduran en el manual de diagnóstico desde su cuarta edición hasta la revisión realizada en el año 2000 (DSM IV-TR). En este año existe nuevamente un gran cambio en las definiciones de la alteración debido a las diversas investigaciones realizadas entre los años 2000 a 2013. Durante este lapso se publica el nuevo manual que indica la separación del desorden de los trastornos de ansiedad, al categorizarlo dentro de un capítulo aparte para diferenciarlo de trastornos dados por factores de estrés.

El capítulo se encuentra bajo el nombre de “Trastornos Relacionados con el Trauma y el Estrés”, dividiéndose en Trastorno de Estrés Post-Traumático, Trastorno de Estrés Agudo³, Trastornos de Adaptación, Trastorno Reactivo de la Vinculación y Trastorno del Comportamiento Desinhibido (Tobar,2016). Actualmente se utiliza el DSM V como manual base tanto en el campo psiquiátrico como en el ámbito psicológico, por lo cual cabe recalcar que para el desarrollo del estudio se tomará la definición del trastorno de acuerdo al mismo.

Los criterios para poder diagnosticar a pacientes con TEPT han evolucionado a través de la historia de la salud mental hasta definirla completamente en el año 2013 por la Asociación Americana de Psiquiatría. El TEPT se lo define como “la aparición de síntomas específicos, después de ser expuesto a una acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra daño físico o es de naturaleza extraordinariamente catastrófica o amenazadora para el individuo” (APA, 2013, p.161). A continuación, en la Tabla 1 se detallan los criterios específicos que se rige actualmente para diagnosticar a un individuo.

TABLA 1.

Criterios de diagnóstico para trastorno de estrés post-traumático DSM-5	
<p>A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza en una (o más) de las formas siguientes:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s). 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros. 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso (s) ha de haber sido violento (sic) o accidental. 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s). <p>Nota: El criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición se encuentre relacionada con el suceso.</p>

³ Se diferencia del TEPT por el tiempo de duración y presencia de los síntomas. Si persisten después de un mes se considera el diagnóstico de estrés agudo.

<p>B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). <p>Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). <p>Nota: En los niños pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Reacciones disociativas (p. ej, escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente. <p>Nota: En los niños la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s). 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
<p>C. Evasión persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las siguientes dos características:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evasión o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s). 2. Evasión o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
<p>D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las siguientes características:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) debido comúnmente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas. 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo p. ej.: “me encuentro mal”, “no puedo confiar en nadie”, “el mundo es muy peligroso” o “tengo los nervios destrozados”. 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

	<p>4. Estado emocional negativo persistente (p. ej. miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).</p> <p>5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.</p> <p>6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.</p> <p>7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p.ej. felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).</p>
<p>E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las siguientes características:</p>	<p>1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.</p> <p>2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.</p> <p>3. Hipervigilancia.</p> <p>4. Respuesta de sobresalto exagerada.</p> <p>5. Problemas de concentración.</p> <p>6. Alteración del sueño.</p>
<p>F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.</p>	

(APA,2013,p.161-163).

2.5. Trastorno de estrés post/traumático de guerra.

De acuerdo a la definición general brindada anteriormente del desorden para propósitos del estudio se explicará más detalladamente su evolución con respecto a su relación con individuos expuestos a conflictos bélicos. Antes de que exista de manera estructurada el diagnóstico de este trastorno, en diversas publicaciones se hacía mención de los síntomas presentados ante la exposición a un ámbito de guerra. Esto incluye eventos reportados antes de la Era Cristiana como el caso de la Guerra de Maratón, reportada por Herodotus y escrita en 440 A.C, donde detalla los síntomas crónicos de salud mental, así como la paralización del individuo dentro del campo de batalla (Croq, 2000).

De igual forma se encuentran escritos similares, sobre todo en culturas como la romana, griega e islámica, que describen momentos de estrés ante las batallas tales como sueños de reexperimentación de las guerras y síntomas de ansiedad ante estímulos relacionados. Esto también se puede encontrar en textos de la literatura clásica de autores como William Shakespeare, Homero y Charles Dickens, donde se puede observar este tipo de descripciones de individuos que estuvieron en una guerra.

Recién en 1971 el médico austriaco Josef Leopold describió clínicamente este trastorno considerándolo como “nostalgia” al referirse a síntomas de insomnio, ansiedad, palpitaciones, estupor y melancolía en los soldados. (Friedman, 2013) El proceso de definición del trastorno con respecto al ámbito de la guerra fue evolucionando, siendo que inicialmente se creía que la mayoría de los síntomas estaban relacionados con la debilidad del soldado y el deseo del combatiente de regresar a casa (Friedman, 2013).

Durante la Guerra Civil Norteamericana surge el término “corazón irritable”, nombrado por el psiquiatra norteamericano Da Costa, para describir la hiperactividad, taquicardia, irritabilidad y subida de la presión que presentaban los soldados (Trimble, 1981). Adicionalmente, a través de diversas investigaciones realizadas durante la primera Guerra Mundial surge el término “shell shock” para describir los síntomas que presentaban los combatientes tales como mutismo, sordera, temblor generalizado, incapacidad para mantenerse de pie o caminar, pérdidas de consciencia, pseudoconvulsiones y pérdida de memoria, visión, gusto y olfato (Carvajal, 2002).

Existieron varias investigaciones adicionales desde la que se realizó en la I Guerra Mundial, en las cuales se describían “síntomas propios de lo que hoy conocemos como TEPT” (Jalil, 2006, p.13). Mediante la referencia de estos estudios, el neurólogo alemán Oppenheim introduce el término médico “neurosis traumática” para señalar la existencia de

cambios en las células del sistema nervioso central al momento que un individuo era expuesto a eventos de conflicto como la guerra. De igual manera, identificó un síntoma que actualmente es el predominante para el diagnóstico del trastorno denominado “flashback⁴”, el cual pudo evidenciar que se manifestaba en pacientes al momento que visualizaban imágenes de trincheras y/o experimentaban situaciones asociadas a la guerra.

Estas primeras definiciones abrieron campo a que psicoanalistas como Freud expandan el tema de la neurosis traumática, definiendo a estos pacientes como individuos que se trasladaban a la situación pasada vivida a través de su inconsciente y la representaran como si la estuvieran experimentando de manera actual (Carvajal, 2011). Otro de los psicoanalistas que proporcionó un gran aporte para el desarrollo del diagnóstico fue Kardiner, quien en 1941 publicó el libro “La neurosis traumática de la guerra”, tras haber trabajado cuatro años con excombatientes de guerra. En su libro indicó que la neurosis de guerra se basa en el trauma y como se desencadenaban síntomas tanto psicológicos como somáticos. Durante la II Guerra Mundial aparece una nueva sintomatología bajo el término denominado “fatiga de combate” desarrollado por Grinker, el cual describía síntomas parecidos a los antes mencionados pero agregando conceptos tales como temor, respuestas exageradas, alcoholismo, entre otros. Fue igual a partir de la II Guerra Mundial que el cuidado de la salud mental de los soldados empezó considerarse por lo cual integraron al equipo militar especialistas y se comenzó a incluir pruebas psicológicas previas para determinar el carácter de los combatientes (Jalil, 2006).

Entre 1965 y 1975 se da una mayor importancia a los estudios de veteranos de guerra, a través del tratamiento de excombatientes del conflicto bélico de Vietnam. A partir de este momento es donde surge la mayor cantidad de casos de este trastorno, a pesar de que ya

⁴ Recuerdos intrusivos de manera vivida ante la exposición de un estímulo involuntario mientras el individuo se encuentra en estado de vigilia.

existía la inclusión de pruebas psicológicas y especialistas de salud mental en el equipo militar. Debido al gran número de combatientes con necesidad de ayuda psicológica, se logró fundamentar las bases principales de lo que hoy se conoce como TEPT. Las investigaciones aplicadas a este grupo fueron exhaustivas, causando que sea considerado como un trastorno clínicamente relevante e incluido por la Asociación Americana de Psiquiatría dentro del DSM III (Carvajal, 2002).

Uno de los estudios que marcó la epidemiología del trastorno desarrollado con este grupo de observación realizado por Kulka en 1988, comprueba la prevalencia del desorden a corto y largo plazo, concluyendo así que el 23.7% de la población de ex combatientes que sirvieron en la guerra de Vietnam podrían padecer del TEPT. Adicionalmente, determinó que la mitad de los casos estudiados podrían mostrar una cronicidad en el desarrollo del TEPT.

Actualmente, a partir del concepto de cronicidad muchos de los estudios se han realizado para mostrar sobre todo como el TEPT en estado crónico afecta la vida cotidiana de los veteranos de conflictos bélicos. Según O'Brien y col. (1996) los veteranos que experimentan mayor cantidad de síntomas intrusivos, tales como reviviscencias o flashbacks, son más vulnerables a mantener los síntomas de TEPT crónico, aún después de 14 años del conflicto bélico.

Examinando la revisión bibliográfica con respecto al TEPT enfocado a la guerra, se observa como a través de la historia existe un sin número de investigaciones que describen los síntomas de esta alteración; sin embargo, se debe resaltar que la mayor evidencia de estudios realizados provienen de Norte América y Europa. En el caso de América Latina existe poca o muy limitada información con respecto al TEPT en excombatientes de conflictos bélicos, a pesar de que la exposición de un individuo a una guerra es considerada uno de los factores más relevantes para el desarrollo del trastorno. Es por esto la importancia de realizar un

estudio de un caso específico que permita investigar a través del contexto histórico la relación con la parte mental de los soldados que vivieron el conflicto bélico entre Ecuador y Perú en el Alto Cenepa.

2.6 Antecedentes históricos de la Guerra del Cenepa.

Es importante comprender la historia del conflicto bélico entre Ecuador y Perú para entender el contexto temporal que vivieron los excombatientes. Al analizar la Guerra del Cenepa nos enfocamos en un conflicto basado en eventos históricos previos que marcaron la relación entre los países de Ecuador y Perú.

Desde el siglo XIX existían disputas de carácter territorial entre ambos países, en especial por las áreas fronterizas pertenecientes al Amazonas. Después de múltiples fracasos por demarcar las fronteras, ambos países en 1941 deciden establecer el área como una zona de conflicto. La invasión de tropas peruanas dentro del territorio ecuatoriano, marca el comienzo del primer enfrentamiento bélico, siendo que el cuerpo militar ecuatoriano se encontraba con desventaja en cuanto a armamento y fuerza humana. A pesar de las circunstancias el conflicto continuó hasta los primeros días de enero de 1942; sin embargo, debido a la desventaja presentada en la milicia ecuatoriana hace que sus dignatarios realicen el tratado de Río de Janeiro con el Perú. Ambos países defendieron su posición, pero los países mediadores del tratado que fueron Argentina, Brasil, Chile y Estados Unidos, respaldaron la posición peruana reduciendo el área territorial del Ecuador para otorgarla al país vecino, causando malestar en la población ecuatoriana debido al constituir una gran pérdida. Aun así el tratado no delimitaba una zona que pasaría a ser la razón del conflicto bélico en 1995 que fue el área del río Cenepa (Núñez, 2010).

Se puede observar que los roces por las áreas limítrofes entre los países existen desde muchos años anteriores a que se desatara la guerra del Cenepa. A raíz de estos acontecimientos iniciales en el Ecuador se comienza a crear un malestar por la pérdida de una gran parte de territorio, provocando que el país realice mejoras en sus fuerzas armadas y se genere una afirmación del patriotismo.

En el año de 1987 hasta 1988 con la ayuda de miembros de la comunidad, la milicia ecuatoriana descubre un establecimiento militar peruano llamado "Pachacútec", el mismo que fue expandiéndose hasta el año de 1992. A través de varios análisis por parte de la milicia ecuatoriana del sector, se concluye que la base se encontraba 500 metros dentro del área ecuatoriana, constituyendo de esta manera una invasión y rompimiento del tratado por parte del Perú. Por medio de cancillería Ecuador realiza el reclamo respectivo al país vecino; sin embargo, la respuesta de la contraparte indica que el puesto militar ecuatoriano "Teniente Hugo Ortiz" es el que se encontraba dentro del territorio peruano.

Debido a estos sucesos se agudizó la fragmentación de la relación entre los países, la misma que se encontraba sentida por los conflictos previos. A partir de este punto la cúpula militar ecuatoriana decide establecer en el noroccidente de la región otra base denominada "Etza", acontecimiento ante el cual a los pocos meses la milicia peruana decide montar un campamento frente al mismo como reacción provisional (Núñez, 2010).

A pesar de estas interacciones diplomáticas, las relaciones en la frontera entre los soldados del lugar eran tranquilas, siendo que existen reportes de ex soldados que manifestaban "nosotros teníamos un espacio de armonía entre militares, teníamos incluso militares peruanos, que venían a jugar en la tarde en nuestro campamento, así como nosotros procedíamos al de ellos" (Núñez, 2013, p.34).

No obstante con el pasar de los años las continuas diferencias políticas entre ambos países debido a la necesidad de definir un territorio propio, comenzó a afectar a las tropas de cada país ubicadas en la frontera, causando que comiencen a partir de 1994 roces entre las bases con una mayor provocación por parte de la milicia peruana (Núñez, 2010).

El agravamiento de tensiones inicia a finales de 1994, cuando los militares peruanos solicitan el ingreso a la base ecuatoriana de Coangos alegando que se encontraba en su territorio. Esta solicitud es negada por los militares ecuatorianos debido a que la base se encontraba lejos del punto fronterizo, por lo cual no existía un motivo válido para dicha intervención. Desde este suceso las amenazas por parte de la milicia peruana comienzan a ser más evidentes, pero sin la existencia de ningún tipo de agresión por parte de los ecuatorianos debido al acuerdo de paz firmado por ambos países. No obstante, el 23 de enero de 1995 los capitanes del ejército ecuatoriano, John del Pozo y Marcelo Romero, divisan la infiltración de comandos peruanos, que aprovechando la espesura de la selva se disponían a poner una base militar para atacar las bases ecuatorianas de Twinza y Coangos.

El coronel Hernández , quien estaba a cargo de la agrupación del sector de la base norte, solicita la autorización al General Paco Moncayo para desalojar a los militares de esta zona, acción que fue aprobada por el mismo. A partir de este momento, se marca el inicio de una serie de altercados bélicos por parte de ambos países, resultando al final la muerte de 100 soldados y la retracción de la fuerza peruana debido a que se encontraban en desventaja por la falta de experiencia para enfrentarse en un medio selvático.

Tras varios meses de conflicto y haber ignorado un cese al fuego el 31 de enero de 1995 por parte de la formación ecuatoriana, Perú decide realizar un cese al fuego el 14 de febrero de 1995. En este punto nadie confirma la posesión de la base de Twinza, por lo que

nuevamente bajo el control de las unidades garantes, se suscribe el acuerdo de Itamaray para el cese de hostilidades de ambos países (Ejército Ecuatoriano, 2011).

Aun así Perú sigue con los ataques a pesar de haber firmado el acuerdo el 22 de febrero de 1995 atacando nuevamente la base de Twinza, dejando como resultado 14 soldados ecuatorianos heridos y causando más enfrentamientos entre ambas partes hasta el 9 de marzo del mismo año que llega la Misión de Observadores de Ecuador- Perú para consolidar el acuerdo de alto al fuego (Ejército Ecuatoriano, 2011).

En julio de 1995 se realiza un acuerdo para que exista un espacio de 528 kilómetros cuadrados donde no exista presencia militar alguna por parte de los dos países. Este acuerdo rigió desde el 1 de agosto de 1995, siendo que las tropas de ambas partes abandonan el área de conflicto del Alto Cenepa (Ejército Ecuatoriano, 2011).

De esta manera se dio un alto al fuego por parte de ambos países; sin embargo, dejó como en cualquier enfrentamiento bélico, una serie de daños de carácter económico, social y cultural entre ambas sociedades. Aun así se puede concluir que lo más grave que este conflicto dejó fue el gran efecto psicológico en aquellos soldados que fueron expuestos a este ámbito de violencia de guerra.

2.7 Posibles Efectos Psicológicos, en los Excombatientes de la Guerra del Cenepa.

De acuerdo a estudios, se ha determinado que antes, durante y después de un conflicto bélico, existe una alta probabilidad de que aquellos individuos que se encuentren expuestos al campo de batalla desarrollen problemas psicológicos. Es por esta razón que se hace necesario analizar dentro del presente trabajo, algunos de los posibles efectos o huellas psicológicas, que pudieron tener los militares que combatieron en la Guerra del Cenepa en el año de 1995.

Se conoce que dentro de los conflictos bélicos “ la experiencia de vulnerabilidad, peligro, indefensión y terror puede marcar en profundidad el psiquismo de las personas ” (Peña, Liuba, Espíndola, Hernández & González Hidalgo, 2007, p.1). Bajo este contexto, los soldados pueden experimentar fatiga de combate, “produciendo deterioro del funcionamiento del combatiente” (Peña, et.al.,2007, p.5). Este es un efecto normal de la mayor parte de los combatientes, debido a la exposición a territorios hostiles y el sentimiento de peligro constante de su vida. Adicionalmente, el estado de alerta inminente que experimentan los soldados, causa que el cuerpo y la mente estén propensos a un intenso agotamiento.

De igual manera puede producir en los combatientes “conductas disruptivas, es decir aquellas situaciones caracterizadas por la indisciplina, el quebranto de las normas o de la ley, que pueden guardar alguna relación con el estrés bélico” (Peña, et.al., 2007, p.5). Otro efecto igualmente común es el “trastorno de frustración y soledad, donde el estrés psicológico se encuentra relacionado con la separación de los seres queridos, el aburrimiento, la baja autoestima, la falta de cohesión grupal y de apoyo social” (Peña, et.al.,2007, p.6).

Finalmente y como se ha descrito anteriormente, un efecto psicológico que posiblemente se puede desarrollar es el trastorno de estrés post-traumático en los combatientes, debido a la exposición constante que experimentan con respecto a una muerte inminente. También se debe considerar que encontrarse por largos periodos en un ámbito hostil puede causar un malestar psicológico, agravando problemas de la psique preexistentes en los soldados tales como “problemas de personalidad, alcoholismo, abuso de sustancias, ansiedad y depresión, dentro de los más comunes ” (Peña, et.al.,2007, p.6).

De acuerdo a la información recabada con respecto a los

excombatientes de la Guerra del Cenepa, la prevalencia más alta de trastornos después del combate fueron la existencia de: desórdenes de ansiedad, trastornos

ansioso-depresivos y trastornos de depresión mayor. A su vez se encontraron problemas de reintegración al área de no conflicto, causando en los soldados desajustes de la personalidad, problemas con alcoholismo, violencia intrafamiliar y relaciones extrafamiliares (F. Sandoval, comunicación personal, 24 de enero 2018).

Los trastornos y los problemas antes descritos fueron causados por la dificultad de permanecer lejos de su ámbito familiar para encontrarse en un entorno de constante violencia, en el cual su mente y cuerpo debían adaptarse a peligros inminentes las veinte y cuatro horas del día. Por otra parte, la reinscripción de los militares que combatieron en la Guerra del Cenepa a la sociedad fue abrupta, debido a que no existió un periodo para que los niveles de estrés regresen a su estado normal, causando en la mayoría de ellos problemas de adaptación y ansiedad.

2.8 Tratamiento a los Ex combatientes del Cenepa

La hostilidad existente entre ambos países en la época de 1995, hizo que la acción psicológica para los militares fuera considerada dentro de los aspectos principales para obtener un desempeño óptimo, ante un escalamiento del conflicto bélico. "Por lo cual el tratamiento antes y durante el conflicto, fue de primordial atención para el ejército ecuatoriano" (F. Sandoval, comunicación personal, 24 de enero 2018).

Antes de que los combatientes fueran enviados al campo de batalla donde se estaban llevando a cabo enfrentamientos con soldados peruanos, se gestionó mediante las herramientas de la terapia Cognitivo-Conductual tratamientos de ansiedad y depresión en los

soldados ecuatorianos causados por la separación del hogar (F. Sandoval, comunicación personal, 24 de enero 2018).

Adicionalmente, fue crucial durante el conflicto el desempeño óptimo de los soldados ecuatorianos para mantener al mínimo el número de bajas, razón por la cual el involucramiento de los psicólogos en el campo de batalla fue primordial con el objetivo de motivar a los soldados para que su rendimiento sea mejor (Moncayo, 2011) .

Bajo este contexto se trabajaba de manera directa con los combatientes para ejercer un plan inmediato de acuerdo a la parte emocional de los individuos. Se buscaba tanto la regulación emocional para que actuaran con efectividad al momento de ingresar al campo de batalla y la motivación para que exista un buen desempeño en las diferentes actividades asignadas. Estos planes se realizaron sobre todo en las bases que estaban más cercanas al área de conflicto, como la base militar de Twinza (F. Sandoval, comunicación personal, 24 de enero 2018).

De igual manera, se implementó durante y después del combate la atención primaria de la salud mental para poblaciones expuesta a desastres, basándose en los modelos de acción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud. Adicionalmente, se trabajó con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en ese entonces a cargo del Dr. Fernando Bustamante, y las Fuerzas Terrestres Ecuatorianas, quienes conjuntamente implementaron el Plan de Salud Mental Primaria en todos los centros de salud a lo largo del país, y con mayor énfasis en aquellos ubicados cerca de las zonas de conflicto. Finalmente, con el objetivo de brindar una mejor atención a los individuos expuestos al conflicto bélico, se capacitó a doctores, enfermeras y psicólogos de acuerdo al plan de acción implementado en los centros de salud (F. Sandoval, comunicación personal, 24 de enero 2018).

Hasta el año 2002 se realizó un seguimiento en el ámbito psicológico a los excombatientes, familiares y población civil expuesta al conflicto bélico de la Guerra del Cenepa. Se capacitó a psicólogos en las áreas de mayor problema dejando a libre elección la técnica utilizada para que se refuerce la capacidad de los involucrados, siendo que las dos terapias mayormente utilizadas fueron la emotivo- racional y cognitivo- conductual (F. Sandoval, comunicación personal, 24 de enero 2018).

A pesar del arduo trabajo realizado con los individuos expuestos a este conflicto, se desconoce que se hayan realizado seguimientos desde el año 2002, por lo cual se ha dificultado la recolección de información con respecto a nuevas intervenciones realizadas a los mismos.

2.9 Psicodrama

2.9.1 Antecedentes del Psicodrama

El psicodrama fue creado por el médico rumano Jacob Levy Moreno, como un método alternativo "para coordinar grupos humanos, por medio de la acción: teniendo aplicaciones terapéuticas, pedagógicas, sociales, preventivas y laborales" (Orrego, Jaime, Martin & Navarro, 2014, p.3).

El psicodrama es una forma de terapia mediante la actuación libre del individuo, basándose en los principios del teatro de improvisación. De acuerdo a Moreno, "históricamente, el psicodrama representa el punto decisivo en el pasaje del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupos; del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción" (Moreno, 1934, p.10). Su enfoque fue el estudio de los individuos y cómo estos interactuaban en función de su cultura, sociedad y entorno.

El desarrollo de la teoría por parte de Moreno comenzó mientras estudiaba en la Escuela de Medicina de la Universidad de Viena⁵. Inicialmente Levy se distancia del pensamiento de Freud basado en su reconocida teoría del Psicoanálisis, al enfocarse en el presente y futuro del paciente mediante el uso de sus interacciones interpersonales en lugar de examinar el pasado del individuo. A partir de este punto en conjunto con el interés de Moreno por el teatro surge la teoría del Psicodrama (Silva,2016).

En 1908, Levy observaba a los niños en sus juegos de forma natural, en los parques y jardines de la ciudad de Viena, allí logró notar que los niños ensayaban roles familiares, asimismo roles culturales, de igual manera notó que los niños hacían el uso de fantasía para esta misma representación (Silva,2016).

De esta manera analizó cómo desde los inicios de nuestro desarrollo, usamos el imaginario, para poder representar situaciones, de la vida diaria, a su vez lograr el manejo de la perspectiva ajena. A partir de esto, la curiosidad del autor por las interpretaciones fue aumentando, hasta que se involucró en el teatro, sobre todo en aquel teatro conocido como teatro de la espontaneidad, donde los actores interpretaban de manera natural por medio de la improvisación, diversas temáticas propias de la época.

Así Moreno, en 1921-1923, creó su grupo teatral, de teatro de la espontaneidad, donde los actores interpretaban de manera casual sin preparación previa alguna, temas propuestos por el público, de la misma manera se hacía la interpretación de noticias publicadas en el periódico de la época, hay que tomar en consideración que el contexto histórico de entonces, propiciaba un ambiente de tensión debido a los conflictos bélicos. En varias ocasiones, miembros del público también pasaban a ser parte de la obra, niños, mujeres y hombres, todos se involucraban en el espacio. Es así que, tras un suceso impactante con una de las actrices,

⁵ Universidad donde el reconocido autor del Psicoanálisis, Sigmund Freud también comenzó a desarrollar sus estudios y teorías.

viendo como tras una de las presentaciones la misma tuvo un cambio en su psique, Levy se da cuenta del potencial terapéutico que posee el teatro como un espacio libre de interpretación (Silva,2016).

Así poco a poco comienza a crear las bases de lo que hoy se conoce como psicodrama, interesado a su vez, por las conductas sociales y la interacción de estos como cultura, así como sociedad. Introduce la idea del trabajo terapéutico en comunidad, o mejor conocido en la actualidad como terapia grupal. Moreno estipula que somos seres sociales desde el momento que nacemos, por lo cual la importancia de un ambiente terapéutico, donde el paciente sea capaz de perfeccionar sus relaciones sociales es indispensable (Bezanilla & Miranda,2012).

En 1925, Moreno decide mudarse a Estados Unidos, en búsqueda de un terreno en donde pueda implementar sus teorías, así como un ámbito en el cual desarrollar más a profundidad las mismas. En 1927 tras haber renovado su licencia como psiquiatra, el autor comienza a trabajar con personas privadas de la libertad, tanto adultos como jóvenes. Tras el trabajo con estos individuos publica el libro "who shall live", en donde ya perfeccionada sus teorías, publica sobre la importancia de la espontaneidad, socio, roles, creatividad y el psicodrama (Silva,2016).

Con estos mismos individuos trabaja el significado de grupo, al permitir a los jóvenes del correccional en el cual él era director, simbolizar dentro de su propio contexto personas que podrían representar los roles fundamentales de una familia nuclear, también usaba las técnicas dramáticas para poder subir la autoestima de aquellos que eran vistos como marginales en la sociedad (Silva,2016).

En 1932, Moreno comenzó a promover su idea la cual para la época era revolucionaria, cambiando de una terapia individual, a una terapia grupal de libre expresión. Sin embargo, su idea no fue acogida hasta después de la Segunda Guerra Mundial, cuando su teoría comenzó a ser base para muchas de las intervenciones psicológicas, se podría decir que fue el momento en donde la terapia psicodramática tuvo su mayor acogida, sobre todo para ayudar a la reinserción de los excombatientes en la sociedad.

En 1936 Moreno, crea el sanatorio y escuela Beacon, al norte de la ciudad de Nueva York, centro donde tanto profesionales como pacientes acudían para aprender sobre las terapias desarrolladas por el autor. Por éste pasan autores actualmente reconocidos, como Kurt Lewis, los fundadores de National Training Laboratories, los creadores del grupo de encuentro y personal, así como en 1959, el creador de la Gestalt, Fritz Perls. Ellos ayudaron a la propagación del psicodrama y la sociometría de Moreno, a su vez que comienzan a crear sus propias teorías en base a las antes mencionadas (Silva,2016).

Actualmente el psicodrama está involucrado como base de muchas otras corrientes, como es el caso de la Gestalt, humanista, entre otras. Además de ser la base de lo que actualmente conocemos como terapia grupal (Silva,2016).

2.9.2 Teoría del Psicodrama

El psicodrama, busca "poner al paciente sobre un escenario, donde pueda resolver sus problemas, con la ayuda de pocos actores terapéuticos. Es tanto un método de diagnóstico como un método terapéutico"(Moreno,1946, p.5-6).

Blatner (1988), estipula que el psicodrama

es un método de psicoterapia en el cual los pacientes actúan los acontecimientos relevantes de su vida en vez de simplemente hablar sobre ellos. Esto implica explorar en la acción, no sólo los acontecimientos históricos, sino, lo que es más importante, las dimensiones de los acontecimientos psicológicos no abordados habitualmente en las representaciones dramáticas convencionales.

Es decir, el psicodrama es una psicoterapia, la cual consiste en la utilización de técnicas dramáticas, es decir técnicas teatrales, para la representación de un problema o sintomatología que un paciente puede estar atravesando, ya sean estos eventos, pasados, presente, futuros, reales o imaginarios. De esta manera aumentando la experimentación de este conflicto, a través de los diversos sentidos, se busca la mejoría terapéutica.

Según Camerini, 2013, p.4 los objetivos principales del psicodrama son:

- Darse cuenta de los propios pensamientos, sentimientos, motivaciones, conductas y relaciones.
- Mejorar la comprensión de las situaciones, de los puntos de vista de otras personas y de nuestra imaginación o acción sobre ellas.
- Investigar y descubrir la posibilidad y la propia capacidad de nuevas y más funcionales opciones de conducta (nuevas respuestas).
- Ensayar, aprender o prepararse para actuar las conductas o respuestas que se encontraron más convenientes.

Todo esto se logra con una serie de componentes, que se emplean en un ámbito teatral terapéutico, de igual manera es importante el recalcar que si bien, el psicodrama original de Moreno, estipula la importancia de la interacción de grupo, a pesar de esto se puede utilizar dentro del área de terapia individual.

En ambos casos, es primordial el uso de instrumentos como técnicas que van a ayudar al alcance de estos objetivos. Dentro de los instrumentos que se requiere para el psicodrama, se encuentra el escenario, es decir el espacio dramático en donde el paciente, que ahora toma el papel de protagonista, recrea el imaginario de la situación problemática que le aqueja. Es importante marcar un espacio en el cual el paciente se sienta conforme con lo que va a experimentar, y esté acorde a su vivencia (Moreno,1965).

A su vez encontramos al director, es decir el terapeuta, el cual va a orientar, sin embargo, no ordena la escenificación que el paciente realice, con visión de los objetivos terapéuticos, cuidando el bienestar y la evitación de daños hacia los integrantes de la terapia. Debe ser alguien entrenado que pueda guiar al individuo como al grupo, con técnicas y preparación para realizar un cambio terapéutico (Moreno,1965).

El psicodrama, al ser una terapia en su origen grupal cuenta a su vez con auxiliares es decir co-protagonistas del paciente, que colaboran o ayudan a la escenificación del suceso, son herramientas de terapia por lo cual deben seguir las indicaciones tanto del paciente como del terapeuta, para no intervenir en el proceso terapéutico. Este aspecto puede ser opcional, de acuerdo con la confianza que exista del paciente hacia el resto del grupo. Si se decide no utilizar a otros miembros o en caso de que sea una terapia individual, el terapeuta, así como objetos inanimados pueden ser utilizados para la representación escenográficas.

Otro de los elementos primordiales en psicodrama es el público. "El mismo está formado por los integrantes del grupo de terapia y no son pasivos, sino que participan emotivamente en la escena, empáticamente, aprendiendo y, luego, compartiendo con el protagonista sus propias experiencias." (Cornejo & Levy, 2003,p.13)

De igual manera que los instrumentos antes mencionados, existen dos técnicas principales que se emplean dentro del psicodrama, como el cambio de roles o inversión de

roles, en donde el terapeuta pide al paciente que realice el rol diferente al mismo, es decir en el caso de tener un problema no resuelto con su pareja, que efectuó el rol de la misma dentro de la situación, Moreno llegó a la conclusión que de esta manera el paciente podría acercarse al sentimiento del otro y poseer una gama más amplia de perspectiva del problema(Camerini,2013). Esta técnica llega a adentrarse inclusive en técnicas actuales como es la silla vacía y la doble silla en la terapia humanista.

La segunda técnica utilizada dentro del psicodrama es el soliloquio, " Un soliloquio es un monólogo..., es pensar en voz alta o hablar con uno mismo. "(Camerini,2000,p.5) "cuando el director ordena un soliloquio, se detiene la escena, se "congela", y el protagonista (o la persona a quién se le indicó hacerlo) comienza a expresar en voz alta sus sentimientos o pensamientos (desde su rol asumido) en ese preciso momento" (Camerini,2000,p.6). De esta manera se busca que el paciente concientice y exprese aquello que no es verbalizado en la vida cotidiana y que podría estar causando conflictos interiores.

A pesar de las técnicas, es importante dar a conocer que al igual que en la terapia cognitivo conductual, el proceso en el psicodrama posee un orden específico para que la intervención tenga un resultado óptimo. Es por eso por lo que se lo ha dividido en tres etapas.

La primera etapa es la del calentamiento, es decir de preparación tanto grupal como individual, buscando que primero los integrantes se sientan en confianza, para realizar el proceso, fomentando la formación de una alianza terapéutica, dentro del grupo, así como en terapia individual. Seguido de esto se busca encontrar la problemática que desea ser tratada dentro de la sesión, aquella que el terapeuta considere que al ser experimentada al máximo, no va a causar un daño al individuo, ya que el mismo se encuentra preparado para adentrarse al conflicto (Camerini,2000).

Se busca que haya una primera conexión con la emotividad del suceso. En el caso de ser terapia grupal, se pide que todos los individuos se conecten con sus experiencias, y en conjunto se escoge uno de los pacientes cuya problemática vaya a ser tratada (Blatner,1996).

La siguiente parte es la puesta en escena, denominada por (Moreno,1934) como "la catarsis dramática", aquí comienza la exploración de la problemática por medio de los protagonistas, bajo la dirección psicoterapéutica. Es necesario que el director tenga conocimiento de hasta dónde llega la dramatización de la sesión, ya que debe terminar en un punto donde los pacientes puedan salir y seguir con sus actividades, luego de la reexperimentación de los hechos. Esta etapa debe ser manejada con profesionalismo y cuidado de todas las partes involucradas. Siempre teniendo en cuenta el objetivo que se desea cumplir dentro del desarrollo de la puesta escénica (Blatner,1996).

La última etapa del psicodrama es el momento de compartir, es decir un espacio dedicado a la retroalimentación, tanto del terapeuta, el paciente y los involucrados en el caso de ser una terapia grupal.

"Un objetivo importante es que el protagonista no se sienta el único con sus problemas y sienta el apoyo, comprensión y contención de los integrantes del grupo, que también pueden abrirse y expresar los suyos " (Camerini,2000, p.6), en el caso de una terapia grupal. Así como recibir una retroalimentación constructiva en caso de ser una terapia individual

"Es importante, en concordancia con los objetivos enunciados, no incluir aquí opiniones, críticas ni "interpretaciones" a lo actuado, sino expresar historias, sentimientos o problemas propios de cada uno que habla" (Camerini,2000, p.7).

Metodología y diseño de la investigación

La presente investigación usara un diseño mixto, con motivo de responder a la pregunta ¿Cuáles son los potenciales y las limitantes de la utilización del psicodrama como tratamiento para el trastorno de estrés post-traumático de guerra, en los ex combatientes del Cenepa en el Ecuador?

Utilizando para la parte cuantitativa un diseño, pre y post prueba para medir la efectividad del tratamiento, así para el área cualitativa, una serie de entrevistas clínicas para encontrar las limitantes de la terapia propuesta.

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

“La investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un problema o fenómeno” (Sampieri, Collado & Lucio,2014, p.4). Dentro del campo de la investigación existen tres tipos de investigaciones. La investigación cuantitativa que “Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base de medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías”(Sampieri, Collado & Lucio,2014,p.4).

Mientras que los estudios cualitativos “No se fundamenta en la estadística, analiza múltiples realidades subjetivas, brinda profundidad de significado y contextualiza el fenómeno” (Sampieri, Collado & Lucio,2014, p.5). Dentro de ambos estudios se mide de diversa manera los resultados, principalmente diferenciándose entre si por el tipo de medición del constructo. El ultimo tipo de estudio, es definido como estudio mixto o hibrido, “siendo este la combinación del enfoque cualitativo y el cuantitativo” (Sampieri, Collado & Lucio,2014, p.10).

Por consiguiente, en el presente estudio, se utilizaría el tipo de investigación mixto, dado que, para poder comprobar la efectividad del estudio, se aplicaría una prueba

denominada Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5, la cual consiste en un auto informe por los pacientes, antes de la intervención, así como la aplicación posterior de la intervención, para ver los resultados concretos, del efecto de la terapia.

A su vez se utilizaría un cuestionario denominado Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4), obtenido de “Consumers Report, una organización Estado Unidense ,independiente y sin fines de lucro, que analiza la eficacia de la terapia psicológica en la práctica clínica y habitual, con la finalidad de proteger a los consumidores”(Feixas, Pucurull, Roca, Paz, García-Grau,& Bados,2012,p.2), como estructura de preguntas, para que el profesional de la salud mental pueda aplicar en los pacientes. De esta manera se podría comprobar la efectividad del tratamiento, pero a su vez incorporar preguntas con respecto al nivel de satisfacción y limitantes de la terapia para los sujetos de investigación de manera cualitativa.

Participantes

Dentro de una investigación cuantitativa, como es el caso de este estudio, existen dos aspectos principales para la selección de los participantes. “ La muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población” (Sampieri, Collado & Lucio, 2014, p.172).

Es por tanto que el tamaño de la muestra debe ser un número significativo para el tipo de la investigación. En el caso de las investigaciones cuantitativas, el número de muestreo debe ser significativo para poder llegar a una generalidad de la población.

Por consiguiente, los siguientes parámetros se tomarían en cuenta para la recolección de datos en la investigación; se aplicaría a individuos de nacionalidad ecuatoriana, que hayan participado en primera línea de combate en el conflicto bélico de 1995, denominada la guerra del Cenepa. En cuanto a número de participantes, dado que la nómina de excombatientes del Cenepa es de 5546 (Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, 2016), se consideraría que una muestra de 50 participantes sería ideal, dentro de los parámetros de ambas investigaciones.

A su vez, debido a la época en la cual sucedió el conflicto bélico, el estudio se realizaría a miembros del sexo masculino, debido a que no existen miembros del sexo femenino registradas dentro de los citados.

De igual manera, para poder responder la pregunta de investigación planteada en el trabajo, se procedería a seleccionar aquellos excombatientes, que cumplan con los criterios de diagnóstico del DSM-5 para trastorno de estrés post-traumático, seguido de esto se seleccionaría dentro de tal grupo 50 individuos, como se mencionó anteriormente, de manera aleatoria; así se cumplen los parámetros de probabilística dentro del análisis cuantitativo.

Herramientas de Investigación Utilizadas

Para cumplir los objetivos de la investigación, las herramientas que serían aplicadas son de análisis cuantitativo. La primera herramienta es una escala diseñada para definir la gravedad de la sintomatología de los efectos del trastorno de estrés post-traumático. Se utilizaría esta herramienta, para poder medir numéricamente los efectos del tratamiento mediante el psicodrama, por lo cual se aplicaría, la escala pre y post intervención.

La Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R), es una escala de medición tipo Likert, con valoración de la intensidad que va de 0 a 3 , cuenta con 21 ítems, que miden las

diversas sintomatologías del trastorno de estrés post-traumático, de acuerdo a las condiciones marcadas en el DSM-5.

Considérese lo siguiente:

El instrumento mostro una alta consistencia interna ($\alpha = .91$), así como una buena validez discriminante ($g = 1.27$) y convergente ($r_{bp} = .78$ con el diagnóstico). Los resultados del análisis factorial confirmatorio apoyan los cuatro núcleos de síntomas del DSM-5. Un punto de corte de 20, con una eficacia diagnóstica del 82.48%, es apropiada para discriminar a las víctimas con un TEPT. Esta escala resulta útil para planificar el tratamiento y las investigaciones clínicas (Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello & Muñoz,2016,p.4).

El instrumento fue normado en una población de

526 participantes, experimentando diferente tipo de violencia, con edades comprendidas entre 18 y 76 años, ($M= 37.03$), con una antigüedad media del problema de 9.7 años, y 193 participantes que no habían experimentado ningún tipo de suceso traumático con una edad media de 37.26 años (Echeburúa, et.al ,2016, p.5).

El segundo instrumento que se utilizaría es la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido, (CRES-4), el cual consiste en 4 ítems diseñados para medir si los pacientes se sienten satisfechos y si ha sido percibido como efectivo el tratamiento que se les habría aplicado.

Está basado en un método de evaluación, tipo Likert, con escalas de medida de 0 a 5, cimentándose en tres aspectos principales durante toda la escala; la satisfacción, la solución de problemas y percepción del cambio emocional (Feixas, Pucurull, Roca, Paz, García-Grau &

Bados,2012). De esta manera podríamos percibir la efectividad del tratamiento con psicodrama, gracias a la retroalimentación de los mismos pacientes.

Procedimiento de recolección y Análisis de Datos

Para poder definir los participantes, se solicitaría a los centros psiquiátricos más importantes del país, que ofrezcan un listado de pacientes que cumplirían con los criterios de inclusión antes descritos. Con este listado se procedería a enviar una carta de invitación, a los posibles participantes a participar dentro de la investigación propuesta. Una vez que los ellos acepten , se procedería a explicar las limitaciones y objetivos del estudio. Luego se procedería a entregar el consentimiento informado, el cual debería ser firmado para proseguir con el resto del tratamiento y la investigación. Una vez realizado esto, se incorporaría la metodología mencionada, comenzando con la aplicación del cuestionario pre-intervención, en el área donde se realizaría la intervención terapéutica.

Se realizaría un análisis de datos al final de la intervención del tratamiento por medio del psicodrama, para poder comprobar tanto las limitantes como los potenciales de la intervención. Para esto se realizaría un análisis T-test, ya que es el método estadístico por el cual se puede analizar las diferencia entre un mismo grupo. Por lo cual se realizaría la aplicación de los test pre y post intervención. Se pasaría a hacer el cálculo mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS); asimismo evaluar la significancia de la intervención.

Por último se aplicaría el cuestionario de satisfacción, para analizar cualitativamente la satisfacción de los participantes con el tratamiento proporcionado.

Consideraciones Éticas

Dentro de este trabajo, se busca respetar todas las consideraciones éticas relacionadas a este estudio. Dado a que se trabajaría con individuos cuyo perfil entraría dentro de una muestra psiquiátrica, es importante tener cuidado en el manejo de la información tratada, siempre procurando el bienestar de los sujetos. Para esto todos los participantes firmarían un consentimiento informado previo a su participación, en donde se incluirán la especificación del estudio, así como sus posibles efectos y limitantes. De igual manera especificaría, que la participación de este estudio es de manera voluntaria, y que no existe ningún tipo de implicaciones laborales o personales negativas. A su vez los participantes podrían retirarse en cualquier momento del estudio si se sintiesen incómodos dentro del proceso. Como se mencionó anteriormente, sin que exista ningún tipo de repercusión negativa en caso de querer retirarse.

Durante todo el estudio, así como en el momento de su publicación se mantendrá el anonimato de los participantes, mediante la asignación de una codificación personal lo cual serviría simplemente para el seguimiento del progreso de cada participante. Se evitaría en lo posible cualquier tipo de daño a la integridad mental y física de los participantes, mediante la aplicación de la terapia cuya base está reforzada por investigación empírica, de igual manera se trabajaría en aspectos que el participante esté dispuesto a revelar, tomando en cuenta solo aquello que él voluntariamente esté dispuesto a manejar dentro de las sesiones terapéuticas.

En caso de que existiera algún tipo de malestar expresado por alguno de los participantes, se procedería a realizar una intervención particular, ofreciendo servicios psicológicos emergentes al mismo.

RESULTADOS ESPERADOS

Tomando en consideración la literatura revisada anteriormente, se estimaría que los pacientes que han sido diagnosticados con trastorno de estrés post-traumático de guerra,

muestran síntomas de intrusión relacionados al evento traumático, evitación de eventos vinculados al mismo, alteraciones negativas en el ámbito cognitivo como en el estado de ánimo, alteraciones importantes con la reactividad y estado de alerta (APA,2013). Todo lo mencionado con anterioridad serian rasgos que estarían presentes en los individuos antes de realizar la intervención terapéutica. Se esperaría que después de aplicar el tratamiento mediante el psicodrama, los pacientes con trastorno de estrés post/traumático de guerra, disminuyan los síntomas antes mencionados, especialmente en lo relativo a una reducción de las alteraciones cognitivas negativas, así como las alteraciones en la reactividad y el estado de alerta del excombatiente.

Se podrían observar estos cambios debido a que el psicodrama “ofrece al individuo un espacio seguro y confiable donde se puede abrir, explorar, compartir y elaborar su contenido” (Cornejo & Levy,2003, p.10). Así como “El proceso terapéutico intenta proveer un espacio para que un individuo tenga la posibilidad de integrar aspectos no reconocidos en sí mismo” (Cornejo & Levy ,2003, p.13). A través del psicodrama se lograría realizar un trabajo integrativo involucrando el movimiento, la psique, la emocionalidad y la creatividad de los sujetos.

Es importante considerar que:

Los pacientes diagnosticados con trastornos mentales severos requieren utilizar la comunicación desde otras perspectivas además de la que proporciona la palabra (comunicación no verbal, en imágenes, a través de la emoción y de la acción). Estas modalidades de comunicación están presentes en la práctica psicodramática ... las personas con patologías severas son especialmente favorecidas por la dramatización (Vaimberg & Lombardo, 2015, p.7).

Discusión

El objetivo del presente trabajo es responder a la pregunta ¿Cuáles son los potenciales y las limitantes de la utilización del psicodrama como tratamiento para el trastorno de estrés post-traumático de guerra, en los ex combatientes del Cenepa en el Ecuador? Analizando la literatura previamente realizada, se puede llegar a las siguientes conclusiones.

Conclusiones

La población expuesta al área de combate, es decir excombatiente, sería una población en riesgo a desarrollar una amplia variedad de trastornos; en específico el trastorno de estrés postraumático, dada la naturaleza del mismo. Tomemos en cuenta que:

Se ha mostrado más bien una clara relación entre el tipo y características del evento traumático y el riesgo de experimentar problemas de salud mental, relación que es especialmente definida en muestras de veteranos expuestos a experiencias de combate (Alarcon,2002,p.2).

De igual manera gracias a estudios realizados en Estados Unidos sabemos que la prevalencia del trastorno en público general es un estimado de 3.5%, (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters,2005).Sin embargo al momento de analizar la prevalencia del mismo en los veteranos de guerra expuestos a guerras de alta duración, como es la Guerra de Vietnam , así como la Guerra del Golfo, la prevalencia dentro de la población de 15.2-8.1% en cuanto a la Guerra de Vietnam (Kulka, Schlenger, Fairbanks, Hough, Jordan, Marmar, Cranston,1990) y de 10.1% en la Guerra del Golfo(Kang, Natelson, Mahan, Lee, & Murphy, 2003).

Lo anterior muestra la relevancia que posee el trastorno de estrés post traumático dentro de poblaciones que han sido expuestas de manera directa a un conflicto bélico. Sin

embargo, es importante reflexionar que la prevalencia que se podría encontrar dentro del Ecuador podría variar debido al diferente tipo de contexto social, así como el apoyo en el tratamiento recibido por parte de los excombatientes de la Guerra del Cenepa. Si bien hubo una intervención antes, durante y después del conflicto bélico, la falta del seguimiento del tratamiento proporcionado a los veteranos de guerra (F.Sandoval , comunicación personal, 24 de enero 2018), podría significar un alza en la prevalencia en el país, ya que el desarrollo del trastorno puede presentarse inclusive después de un tiempo extendido a la exposición del evento.

A su vez también conocemos que los síntomas prevalentes dentro de las personas con el desorden antes mencionado están ocasionados por la dificultad en la consolidación apropiada del evento traumático, lo que causa que se re-experimente de una manera vivida y dolorosa, causando un sentimiento de incomodidad en las actividades de vida cotidiana del individuo. Por lo cual se ha considerado la importancia de encontrar una terapia que ayude a la integración apropiada de lo antes mencionado.

Es por aquello que tomamos la idea del tratamiento a través del psicodrama, como alternativa de intervención en los excombatientes de la Guerra del Cenepa, viendo la necesidad en esta población de recibir un enfoque terapéutico diferente. El psicodrama “busca devolver al hombre la libertad, convertirle en autor y creador de su propia vida, por la representación espontánea en el escenario” (Bouza, s./f., p.5). Ello ayudaría a reintegrar la experiencia desde una perspectiva actual, en la cual el paciente se encuentre en una zona segura, es decir se siente a salvo, a diferencia de cuando sucedió el momento traumático. De igual manera proporciona la posibilidad de dar un resignificado tal a la situación.

La integración de cuerpo y mente dentro de la dramatización, ayuda a que el sujeto pueda expresar aquello que las palabras pueden limitar permitiendo que exista una

maximización en la experiencia de integración total. Por consiguiente se toma el psicodrama como una base para el tratamiento , ya que cumpliría con los objetivos principales que son la reducción de síntomas, además de alcanzar un mayor entendimiento de la psique propia del individuo y su experimentación de la vida cotidiana.

Si bien la terapia muestra varias fortalezas como se ha mencionado , a su vez se han encontrado que dentro del tratamiento propuesto pudiesen existir ciertas limitaciones, por lo cual procederemos a explicarlas.

Limitaciones del Estudio

Mucha gente se pone ansiosa solo con escuchar la palabra drama. Quizás esto se relaciona con la idea de tener que actuar y el miedo a fracasar sin embargo, nuestras vidas están estructuradas en una forma dramática, y hasta soñamos de una forma dramática. Por ejemplo en un sueño encontramos elementos tales como cuentos, cambio de escenas, personajes y diálogo (Cornejo & Levy,2003,p.15).

La idea que menciona(Cornejo et.al,2003) es una de las principales limitaciones de la terapia como tal, ya que al ser asociada con un ámbito artístico como es el teatro o la dramatización, los individuos tienden asociarla como una exigencia de cumplir con algún tipo de logro estético. De igual manera se lo asocia con habilidades de interpretación de un papel, así como la vergüenza de fallar en esto. Sin embargo, como se menciona ,es importante hacerle entender al paciente que si bien está asociada a una forma de arte, la terapia esta diseñada como apoyo para integrar procesos difíciles dentro de su vida cotidiana que pudiesen

estar causándole malestar, a la vez que se le proporciona un lugar seguro en donde el objetivo primordial es el bienestar del individuo.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se ha podido observar que podrían existir complicaciones al aplicarlo a una población diferente, ya que está diseñado para un grupo específico de individuos, haciendo que se vuelva un estudio controlado sin el factor de la aleatorización, base de un estudio puro.

De igual manera limitaría la réplica del estudio, ya que como se mencionó está enfocado en una población específica, la cual se caracteriza por mostrar un trastorno psiquiátrico, que pertenece a un género específico, que en este caso sería del sexo masculino, así como una nacionalidad específica, en este caso excombatientes del ejército ecuatoriano.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Al concluir, se ha podido observar como el psicodrama sería una alternativa considerable para el tratamiento del trastorno de estrés post-traumático de guerra. Sin embargo, se considera que sería interesante adentrarse un poco más en el área de la aplicación del psicodrama hacia diversas poblaciones que adolecen este trastorno, sin ser específicamente de la población de guerra. De igual manera al ser un proyecto de investigación, podría ser beneficioso para la población ecuatoriana el aplicar el estudio a un grupo de control, en donde se pueda comprobar de manera empírica la revisión de la literatura propuesta en esta investigación y la pertinencia del tratamiento.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2002). Trastorno por estrés postraumático: estudios en veteranos de guerra norteamericanos y su relevancia para América Latina. *Revista chilena de Neuro-psiquiatría*, 40, 35-47
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1th ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2th ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3th ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3th ed. Rev.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th . ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. revision)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.)*. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.
- Bezanilla, J. M., & Miranda, A. (2012). La Socionomía y el Pensamiento de Jacobo Levy Moreno: una revisión teórica. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 148-180.
- Blatner, A. Blatner, A. (1988). *Foundations of Psychodrama. History, Theory and Practice. (Third Edition)*. New York: Springer Publishing Company
- Blatner, A. (1996) . *Acting-in. Practical Applications of Psychodramatic Methods. (3º edición)*. New York: Springer Publishig Company.
- Bouza, M. (s./f.) . *Introducción al psicodrama*. Obtenido de: <http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/IntroduccionPsicodramaMSFilgueiraLibroPHTorresGodoy.pdf>
- Camerini, J. (2013). *Conceptos Teóricos : Psicodrama*. Bs.Aires: CATREC. Obtenido de: http://www.catrec.org/conceptos_psicodrama2013.html
- Camerini, J. (2000). *El Psicodrama Cognitivo Conductual*. Bs.Aires: CATREC

- Carvajal C. Trastorno por estrés post traumático: revisión clínica. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 2002;40(2):20-34.
- Carvajal, C. (2011). Trauma y estrés postraumático: algunas reflexiones. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(3), 221-224.
- Cornejo, S., & Levy, L. B. (2003). *La representación de las emociones en la dramaterapia*. Ed. Médica Panamericana.
- Crocq, M. A., & Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2(1), 47.
- DiNasso, P. (2009). *Trastorno de Estrés Post Traumático*. Recuperado de :<https://www.portal.esmedico.com/publicaciones/articles/1527/1/Trastorno-por-estres-posttraumatico>
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128.
- Ejército ecuatoriano. (2011). *Victoria en el Cenepa*. Quito, Ec: David Andrade Aguirre.
- Friedman, M. J. (2013). Finalizing PTSD in DSM- 5: Getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 548-556.
- Friedman, M. J. (2014). PTSD: national center for PTSD. *PTSD History and Overview*.
- Jalil,A. (2006).*Trastorno por estrés postraumático en Veteranos en las Malvinas*.(Tesis Pregrado).Universidad Siglo 21,Argentina.
- Kang, H.K., Natelson, B.H., Mahan, C.M., Lee, K.Y., & Murphy, F.M. (2003). Post-Traumatic Stress Disorder and Chronic Fatigue Syndrome-like illness among Gulf War Veterans: A population-based survey of 30,000 Veterans. *American Journal of Epidemiology*, 157(2):141-148.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6): 617-627.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.A., Fairbanks, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., ... Cranston, A.S. (1990). *Trauma and the Vietnam Wa(r) generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Kulka y col. (1988) "Trauma and the vietnam war generation". New York: Brunner/Mazzel
- Moreno, J.L. (1946). *Psychodrama*. First Volume. Amber, PA: Beacon House.

- Moreno, Z.T. (1965). Psychodramatic Rules, Techniques and Adjunctive Methods. En:
Group Psychotherapy, Vol. XVIII, n° 1-2. Reproducido en: Moreno, J.L. (1969)
Psychodrama. Third Volume. Beacon, NY (1975): Beacon House.
- Núñez, E. (2013). *Historia Resumida del Ejército Ecuatoriano: Un ejército vencedor: La
Campana del Cenepa*. Quito, Ec: David Andrade Aguirre.
- Núñez, E. (2010). *Testimonios para la historia: La Victoria del Cenepa*. Quito, Ec: David
Andrade Aguirre.
- Orrego, M, Jaume, P., Martin, H. & Navarro, R. (2004). *Que es el Psicodrama*. Recuperado
de:<http://unesu.info/material%20diplomatura%202014.pdf>.
- Peña G, Liuba Y., Espíndola A., Cardoso J., & González, T. (2007). La guerra como desastre.
Sus consecuencias psicológicas. *Humanidades Medicas*, 7(3). Recuperado de:
[dehttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202007000300005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202007000300005&lng=es&tlng=es).
- Resolución No.PLE-CPCCS-160-11-03-2016. Consejo de Participación Ciudadana y Control
Social. Quito. pp. 1-78.
- Sampieri Hernández, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de
la investigación. México DF.
- Silva, A. (2016). *Que es el Psicodrama*. Recuperado de:
[http://www.psicodramas.com/2016/07/jacob-
moreno-y-origen-del-psicodrama.html](http://www.psicodramas.com/2016/07/jacob-moreno-y-origen-del-psicodrama.html)
- Sosa, C.D, & Capafons,J.(2011). *Estrés Post-Traumático*. Recuperado de:
<http://casadellibro.com/ebook-estrés-postraumaticobook/9788499584645/2351269>
- O'brien y col. (1996) *Cognitive behavioral and pharmacologic perspectives on the treatment
of PTSD*. London: The Guilford Press. Fuente: www.guilfordpress.co.uk
- Tobar,M. (2016). Trastorno de estrés post-traumático y crecimiento postraumático en niños y
adolescentes afectados por el terremoto del año 2010 en Chile. (Tesis Doctoral).
Unidad Complutense de Madrid, España.
- Tremble,M. (1981). *Post Traumatic Neurosis*. New York: John Wiley & Sons.

ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Estimado Excombatiente:

Me dirijo muy cordialmente a usted, con el propósito de invitarle a formar parte de una investigación de carácter académico que pretende analizar los efectos de la terapia denominada psicodrama, sobre aquellos individuos que estén atravesando por situaciones difíciles a raíz de su experiencia de combate en la Guerra del Cenepa. El objetivo es mejorar la integración de aspectos traumáticos a través del arte de la dramaturgia, apoyado siempre de un profesional especializado en el área de salud mental.

Como se mencionó anteriormente este es un trabajo académico, ejercido por un estudiante de último año de la carrera de Psicología Clínica.

Vale recalcar que toda información que se recolecte dentro de esta investigación será utilizada únicamente de manera académica y se mantendrá el anonimato del participante durante toda clase de información expuesta al público.

De igual manera la participación en el estudio es de carácter voluntario, por lo cual usted podría retirarse en el momento que guste sin ninguna repercusión, es importante el darle a conocer que nos manejaremos con las normas de ética, para cuidar de la integridad, así como el bienestar físico y emocional del participante.

Si tienes cualquier inquietud, puede escribirme a mi correo electrónico: lucia.arteaga.gallardo@hotmail.com o comunicarse a mi número de teléfono 0998166884.

Agradezco su atención, esperando poder contar con su participación dentro de este proceso de investigación.

Atentamente.

Lucia Arteaga.

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación:

El psicodrama como tratamiento para personas con trastorno de estrés post-traumático debido a la guerra

Organización del investigador:

Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal:

Lucia Alejandra Arteaga Gallardo

Datos de localización del investigador principal:

0998166884, 2040306 , lucia.arteaga.gallardo@hotmail.com

Co-investigadores:

No aplica

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre los efectos del psicodrama en personas con trastorno de estrés post/traumático de guerra porque cumple con todos los criterios requeridos para la integración al estudio. Es decir, usted participó en la guerra del Cenepa y ha tenido problemas a raíz de esta interacción.

Propósito del estudio

El propósito del estudio es comprender el alcance de la intervención de la terapia con psicodrama en 50 excombatientes de la Guerra del Cenepa, que experimenten síntomas de dificultad relacionados al trastorno de estrés post traumático, a raíz de dicha guerra. Analizar si el psicodrama sería una alternativa positiva para intervención en este grupo específico, así como conocer las limitantes del mismo.

Descripción de los procedimientos

Primero se realizará la charla informativa sobre los procedimientos que se llevarán a cabo durante el estudio, explicando los objetivos y los posibles efectos de estos. Seguido se aplicará una evaluación psicométrica para poder saber si cumplen con los síntomas del trastorno, así como para tener una idea de la severidad de los síntomas. Se procederá a aplicar la psicoterapia basada en psicodrama, tanto a nivel personal como grupal, con lo cual se buscará reducir la sintomatología del trastorno. De la misma manera se tendrá como objetivo la integración personal, hacia los eventos traumáticos vividos. Por último se realizará una evaluación final para saber la satisfacción del participante con la terapia, así como nuevamente la aplicación de la prueba psicométrica para analizar cambios en los síntomas y ver posibles efectos de la terapia.

Riesgos y beneficios	
<p>Los riesgos del estudio pueden ser de carácter emocional, ya que se estaría tratando de recrear los momentos de trauma para poder consolidar de una manera óptima y resignificar la experiencia vivida.</p> <p>Los beneficios de este estudio pueden ser la reducción de sintomatología que cause malestar en el paciente, así como la implementación de una terapia innovadora en el tratamiento del mismo, sobre todo a nivel del Ecuador.</p>	
Confidencialidad de los datos	
<p>Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:</p> <p>1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.</p> <p>2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones. Procurando siempre mantener el anonimato del participante.</p> <p>3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.</p>	
Derechos y opciones del participante	
<p>Usted puede decidir no participar y solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.</p> <p>Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</p>	
Información de contacto	
<p>Si usted tiene alguna pregunta o inquietud sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0998166884 que pertenece a Lucia Arteaga , o envíe un correo electrónico a lucia.arteaga.gallardo@hotmail.com</p> <p>Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec</p>	

Consentimiento informado	
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado en un lenguaje claro y sencillo, los riesgos y beneficios de participar. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Lucía Alejandra Arteaga Gallardo	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R)
(Versión clínica)**

(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)

Nº:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Exposición directa
<input type="checkbox"/>	Testigo directo
<input type="checkbox"/>	Otras situaciones
<input type="checkbox"/>	Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
<input type="checkbox"/>	Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Episodio único
<input type="checkbox"/>	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

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

¿Ocurre actualmente? No Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): _____ (meses) / _____ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? No Sí (especificar):

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
<input type="checkbox"/> Psicológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Farmacológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: No Sí

Revictimización a otro suceso traumático: No Sí

Secuelas físicas experimentadas: No Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: _____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: _____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: _____ (Rango: 0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Ítems	Valoración
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Síntomas disociativos	
Ítems	Valoración
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

Áreas afectadas por el suceso traumático	
Áreas	Valoración
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango: 0-18)

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO (CRES-4)

En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

0. Completamente insatisfecho/a

1. Muy insatisfecho/a

2. Algo insatisfecho/a

3. Bastante satisfecho/a

4. Muy satisfecho/a

5. Completamente satisfecho/a

¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

0. No estoy seguro/a

1. Hizo que las cosas empeorasen bastante

2. Hizo que las cosas empeorasen un poco

3. No ha habido cambios

4. Hizo que las cosas mejorasen algo

5. Hizo que las cosas mejorasen mucho

¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

0. Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas

1. Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura

2. Regular, tenía mis altibajos

3. Estaba bastante bien, no tenía problemas graves

4. Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba ¿Cuál es su estado emocional general en este momento?

0. Estoy muy mal, apenas logro hacer frente las cosas

1. Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí

2. Regular, tengo mis altibajos

3. Estoy bastante bien, no tengo problemas graves

4. Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo

© Guillem Feixas y Olga Pucurull