

Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

Vallejo Samudio, Álvaro Roberto; Terranova Zapata, Lina María
Estrés Postraumático y Psicoterapia de Grupo en Militares
Terapia Psicológica, vol. 27, núm. 1, julio, 2009, pp. 103-112
Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78511885010>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Estrés Postraumático y Psicoterapia de Grupo en Militares*

Post Traumatic Stress and Group Psychotherapy in the Armed Forces

Álvaro Roberto Vallejo Samudio** Lina María Terranova Zapata***

Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia

(Rec: 24 septiembre 2008 Acep: 22 enero 2009)

Resumen

Los efectos psicológicos de los eventos traumáticos, especialmente de los relacionados con la guerra o el conflicto armado, son trascendentales en la vida de los actores y a la vez víctimas de los mismos, los cuales no sólo pertenecen a la población civil, sino que en la mayoría de los casos hacen parte de la fuerza pública. En este artículo se hace una revisión sobre el estrés postraumático y sus implicaciones en los militares. Asimismo, se plantean las ventajas de la psicoterapia psicoanalítica de grupo y su aplicación con esta población.

Palabras clave: Trastorno por estrés postraumático, psicoterapia de grupo psicoanalítica, conflicto armado, militares.

Abstract

The psychological effects of traumatic events, especially those related to war or armed conflict are important in the life of actors and victims of the same, which not only belong to the civilian population, but in most cases are part of the army and police. In this article, there is a review on traumatic stress and its implications in the armed forces (as part of the conflict). On the other hand, the benefits of psychoanalytic group psychotherapy are explained as well as its application in this population.

Key Words: Posttraumatic stress disorder, psychoanalytic group psychotherapy, armed conflict, the armed forces.

* Este artículo se presenta como la primera aproximación en la construcción del estado del arte del proyecto de investigación denominado: "Efectos de la psicoterapia de grupo con orientación psicoanalítica en Policias con estrés postraumático". El cual se encuentra en ejecución y es financiado por la Vice-rectoría académica de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali.

** Psicólogo y Ph.D. en Psicología. Coordinador del Grupo de Investigación: Desarrollo Emocional y Salud Mental. Pontificia Universidad Javeriana – Cali. Tel. (57-2) 321 82 00 Extensión, 152. Cali. Colombia. Email: arvallejo@javerianacali.edu.co, desam@javerianacali.edu.co

*** Psicóloga y asistente de investigación del grupo de investigación: Desarrollo Emocional Salud Mental. Pontificia Universidad Javeriana – Cali. Tel. (57-2) 321 82 00 Extensión, 750. Cali. Colombia. Email: lmterranova@javerianacali.edu.co; desam@javerianacali.edu.co

Introducción

En todos los tiempos el hombre ha estado expuesto a una serie de eventos que pueden poner en alto riesgo su integridad física y psíquica, los cuales pueden sobrepasar las capacidades del sujeto para experimentarlos y elaborarlos. En la terminología científica actual, esos sucesos pueden llegar a constituirse en lo que se denomina trauma y las consecuencias que pueden dejar en la vida de quienes los viven es lo que se denomina estrés postraumático.

La terapéutica psicológica actual dispone de diferentes formas de intervención que parten de diferentes modelos conceptuales para ayudar a las personas que han sufrido estrés postraumático. De esas numerosas formas de intervención existentes, es importante resaltar los modelos que se basan en la psicoterapia psicoanalítica de grupo, en los cuales se ponen en escena aspectos tanto en relación con los terapeutas como con los integrantes del grupo, los cuales van a favorecer los procesos de elaboración del evento traumático.

Este artículo está orientado, por tanto, a plantear los aspectos más relevantes sobre el estrés postraumático y la psicoterapia de grupo en la población militar.

Estrés postraumático

Para profundizar en el tema, es preciso comenzar por definir qué es *trauma*. Laplanche y Pontalis lo definen como: “Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica” (1996, p. 447).

Siendo más precisos en términos psicoanalíticos de economía psíquica, el *trauma* genera *excitaciones excesivas* que van más allá de la tolerancia del sujeto y su capacidad de control y elaboración de los mismos. Freud se refiere únicamente al término *trauma*, especificando una conexión económica donde los eventos o sucesos que lo ocasionan son más fuertes que los recursos psíquicos del sujeto para controlarlos y tolerarlos, lo que imposibilita que éste pueda elaborarlos y puede dejar como resultado un trastorno duradero en su funcionamiento. Esto puede evidenciar los sentimientos de entumecimiento y parálisis que los pacientes expresan haber tenido durante el suceso y cómo deviene en ellos un sentimiento de impotencia de no poder controlar lo que acontece (Freud, 1979).

Las características que sobrevienen del trauma son diversas: en primer lugar, está el impacto expresado en términos de cercanía con la muerte o con un evento que amenace la vida; en segundo lugar, se encuentra el estado psicológico del sujeto en el momento que determina su reacción ante el mismo; en tercer lugar, la dificultad o impedimento de la persona para reaccionar adecuadamente, según sus reacciones de defensa habituales o el entrenamiento recibido, y

por último, el “conflicto psíquico” que genera en el sujeto al no poder integrar la experiencia de forma consciente (Laplanche & Pontalis, 1996).

El término “neurosis traumática” fue utilizado por Freud para referirse a la clase de neurosis donde los síntomas devienen a raíz de situaciones en las que el sujeto experimenta terror, entendiendo por éste, las situaciones de amenaza contra la vida frente a las cuales no se está preparado. Posterior a ello, las manifestaciones en la vida onírica del sujeto representan la magnitud del impacto psicológico del trauma, pues los sueños repetitivos sobre el evento traumático son una muestra del estado de fijación psíquica del sujeto al trauma. Producido, asimismo, evitación durante la vigilia de los recuerdos del trauma y un estado de desequilibrio de la economía psíquica, haciendo que todos los mecanismos de defensa se pongan en alerta (Freud, 1980).

A partir de los planteamientos hechos por Freud sobre el Trauma, se va a estructurar toda una sintomatología que va a ser recogida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y que tiene una evolución a lo largo del tiempo (Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz, & Uribe, 2002). La consolidación del trastorno de estrés postraumático, dentro del Manual Diagnóstico de Psiquiatría, se dio de la siguiente forma:

En 1952, el DSM-I lo incluyó dentro de la categoría “*gran reacción de estrés*”, siendo considerado uno de los desórdenes transitorios de la personalidad. A continuación, en 1968 en el DSM-II se presentó dentro de las “*reacciones de ajuste de la vida adulta*”, enfatizando en tres tipos de desencadenantes. A saber: producto de un embarazo no deseado a causa de abuso sexual, reacción de un soldado aterrorizado por el combate y de un presidiario a punto de morir tras sentencia de pena de muerte. En 1980, en el DSM-III, se definió el *trastorno por estrés postraumático* (ETP) como una entidad diagnóstica independiente, que hacía parte de los desórdenes de ansiedad. Como criterios diagnósticos se hizo énfasis en los procesos disociativos (flashbacks) y un estresor reconocible. Posteriormente, en 1987, el DSM-IIIR basado fundamentalmente en las investigaciones con víctimas de trauma, concluyó que el evento traumático no era un estresor cotidiano, especificando las características de los síntomas. De esta manera fueron consideradas las reacciones evitativas de pensamientos o sentimientos relacionados al evento, la presencia de amnesia psicógena, así como la pérdida del interés por las cosas y las relaciones, la dificultad o incapacidad para expresar el amor y vivir la sexualidad, como síntomas principales del estrés postraumático. En 1994, en el DSM-IV se ampliaron las categorías por medio de la definición de la naturaleza del trauma, diferenciando el estrés postraumático del concepto de *estrés agudo* asimilándose a la descripción del CIE-10 de 1992 (Gómez, et al., 2002).

El estrés posttraumático posee unas características muy particulares, sin embargo, es preciso tener en cuenta que existen otros trastornos con los que puede confundirse, si no son considerados a la hora de establecer el diagnóstico diferencial. A saber: 1) Trastorno adaptativo. 2) Otros trastornos mentales, asociados a síntomas de evitación y embotamiento afectivo. 3) Trastorno por estrés agudo. 4) Trastorno obsesivo compulsivo: donde se presentan recuerdos intrusivos no relacionados con el estresante (Gómez, et., al. 2002; First, Frances & Pincus, 1996).

Retomando el concepto de “neurosis traumática” acuñado por primera vez por Kardiner (1941, citado por Mingote, Machón, Isla, Perris & Nieto, 2001), a partir de los estragos que causó la segunda guerra mundial, se define ésta como:

Un síndrome clínico caracterizado por una gran variedad de sus síntomas a lo largo del tiempo y que puede incluir manifestaciones afectivas, cognitivas y conductuales características, hasta provocar un intenso malestar personal y deterioro social, con diferentes complicaciones médicas y psiquiátricas (p. 1).

Los factores de riesgo frente al estrés posttraumático se caracterizan por cuatro aspectos: (1) La historia de vida del sujeto, es decir, la existencia de factores que den cuenta de vulnerabilidad previa del sujeto al suceso. (2) La exposición a un trauma. (3) La capacidad de protección individual, es decir, los mecanismos de protección que posea el sujeto para reaccionar ante diferentes situaciones traumáticas, como es el caso de los recursos de adaptación, autoestima y soporte social. Y (4) La ayuda médica y psicológica que pueda recibir (Mingote et al., 2001). Dichos autores presentan el siguiente esquema:

$$\text{La incidencia} = \frac{\text{Estrés} + \text{Vulnerabilidad personales}}{\text{Recursos de protección} + \text{Autoestima} + \text{Soporte Social.}}$$

Los traumas en los niños tienen las siguientes cuatro características principales: 1. Memorias fuertemente visualizadas o percibidas en varias ocasiones, 2. Comportamientos repetitivos que simbolizan o escenifican el trauma, 3. Temores relacionados específicamente con el trauma, 4. Cambio de las actitudes frente a las personas, aspectos de la vida y el futuro. Estas mismas características dadas para los niños se pueden evidenciar en los adultos.

Los traumas en los niños pueden complicarse, ya que ellos relacionan sus vivencias con un mundo de fantasía, donde pueden crear explicaciones irracionales al evento traumático a partir de éste e incluir contenidos de auto-culpa en la ocurrencia del suceso, especialmente en los casos cuando hay muerte de un familiar (Terr, 1991, citado por Scheidlinger & Batkin, 2005).

En este orden de ideas, una situación llega a convertirse en traumática cuando la respuesta que se recibe del exterior no satisface las necesidades internas de la persona y ésta se siente indefensa. Esto se evidencia en las descripciones de las personas víctimas de trauma que expresan tener un sentido profundo de soledad, terror, abandono y desamparo (A van der Kolk, 2002; De Vries, 2006).

El estrés hace parte de la vida de todas las personas. Sin embargo, la mayoría posee mecanismos de defensa provenientes de las relaciones interpersonales que se establecen inicialmente con el grupo familiar y posteriormente con el grupo social que les permiten protegerse de los contratiempos que provoca el estrés. La existencia de “grietas” en los vínculos con las personas que integran el grupo familiar facilita que situaciones estresantes se puedan volver traumáticas. Los eventos traumáticos traen consigo en la mayoría de los casos sentimientos de culpa y vergüenza, principalmente cuando la familia siente que no pudo evitar la ocurrencia de la situación traumática en un integrante de la misma, generando la búsqueda de chivos expiatorios sobre los cuales recae todo el peso de la culpa por el acontecimiento. Por tal razón, muchos de los sujetos que han sufrido un evento traumático son culpados por sus familiares por no haber evitado que ocurriera, propiciando un fenómeno llamado “la segunda herida” que puede dejar una cicatriz más grave que la misma experiencia traumática (Solomon, 1987; Symons, 1982, p. 602; Lifton, 1983, citados por A van der Kolk, 1987).

Debe considerarse que los tratamientos psicoterapéuticos llevados a cabo y que resultaron de gran beneficio para una población específica, se pueden extrapolar a otro grupo de personas modificando ciertos aspectos. En algunos casos se puede equiparar la sintomatología tanto de niños como de adultos, considerando que algunas de las ayudas que se estiman propias de la niñez como el apoyo, cuidado y confort provisto por los padres, son también necesidades que pueden brindarse en la psicoterapia con los adultos. A este respecto, se resalta la importancia de las intervenciones tempranas sobre el trauma que son indispensables para evitar los problemas en los diferentes ámbitos de la personalidad, donde la mayor fuerza de resistencia tanto de los niños como de los adultos radica en la presencia de figuras de apoyo con suficiente estabilidad emocional que garanticen la seguridad y protección del sujeto (Singer, 2004; Sheidlinger & Batkin, 2005).

Los eventos traumáticos generan pérdidas en el ámbito físico y emocional, llevando al sujeto a un estado de “congelación”, al vivenciar en determinados casos una anestesia emocional, entendida como la descripción de las experiencias de pérdida sin expresiones de tristeza, llanto, infelicidad, repitiéndose múltiples veces sin que esto cambie. Sin embargo, el poder exteriorizar dichas expresiones permite que las personas intenten experimentar nuevamente un sentimiento de confianza hacia los demás (aspecto que

se había perdido a causa del trauma), pudiendo empezar a reconstruir sus vidas más allá de la experiencia traumática y del estrés (Shatan, 2000, citado por Orengo & Sabbah, 2001).

Estrés postraumático en militares

Un aspecto clínico común en los veteranos de la Guerra de Vietnam que tienen un trastorno de estrés postraumático relacionado al combate, son los problemas con la autoridad o las figuras de autoridad. Dichos veteranos han desarrollado problemas con la autoridad debido a factores socio-políticos tales como la falta de reconocimiento por su trabajo, sentimientos de abandono y desigualdad, así como factores propios del nivel de desarrollo (adolescencia). Del mismo modo, se considera que los problemas de autoridad, aunque no han sido tenidos en cuenta como uno de los síntomas principales para la descripción del estrés postraumático, son un factor común y reiterativo que se ha evidenciado en varias investigaciones realizadas con estos sujetos. Asimismo, se reportan dificultades en otras áreas como inestabilidad ocupacional (42%), problemas maritales y parentales (55%), divorcio (70%), arresto- problemas con la justicia (39%) y violencia (40%) (Kulka, Schlenger, Fairbank, Jordan, Marmar & Weiss, 1990, citados por Lubin y Read, 2000).

Existen diversos factores que intervienen y se relacionan con el ETP en los militares. En primer lugar, están los factores relacionados con el entrenamiento militar. Un buen ejemplo de ello puede verse en el Film “Full Metal Jackeet” de Stanley Kubrick's, donde un Marin Estadounidense termina por asesinar a su entrenador militar. En segundo lugar, se encuentran las dificultades en las relaciones de autoridad con los superiores que se tornan en muchas ocasiones ambiguas, negativas y sub-estimantes; cuando existen cambios de “mando”, puesto que no favorece el establecimiento de la legitimación del líder, lo cual es esencial en el ámbito militar (Alford, Mahone & Fielstein, 1988, citados por Lubin & Read, 2000).

En tercer lugar, se encuentran todas las circunstancias que rodean el regreso a casa, en donde experimentaron sentimientos de abandono, culpa y desesperación. Ya que algunos de los veteranos no encuentran que encajen de nuevo en sus vidas, sintiendo que han perdido su poder, importancia, significado y los roles que se desempeñaban antes de la guerra, así como las actividades que realizaban a nivel social. En cuarto lugar, se encuentran los factores del desarrollo, que están directamente relacionados con la edad en la que estos veteranos fueron a la guerra, que coincidía específicamente con la adolescencia en la que particularmente se presentan los mayores problemas con la autoridad y también intervienen los traumas de infancia, los cuales vienen a interactuar con las alteraciones producidas en su comportamiento en la guerra (Parson, 1993; Goodman y Weiss, 1998, citados por Lubin & Read, 2000).

En una investigación cualitativa de carácter exploratorio realizada con ex combatientes de la guerra de las Malvinas, se encontró que los ex combatientes de guerra son vulnerables a la fragmentación de su Yo, por la misma herida emocional que implica la vivencia traumática de la guerra; haciendo que éstos al reintegrarse a la sociedad tengan un menor nivel de adaptación. La reincisión en la sociedad de estos veteranos permitió explorar, desde el ámbito familiar, laboral, social y psicofísico las consecuencias generadas por la guerra en estos ex combatientes. En los resultados se encuentra que la mayoría de los entrevistados (17 veteranos) coincidieron en que habían vuelto “por la puerta de atrás”, ya que su llegada fue deliberadamente ocultada por las Fuerzas Armadas, debido al maltrato al que habían sido expuestos durante la guerra, sin recibir algún tipo de reconocimiento oficial por parte del Estado. También, se encontró que la mayoría de los entrevistados llevaba a cabo una actividad laboral y/o estudiantil antes de ir a la guerra, pero gran parte no pudo retomarla, por motivos de los empleadores o por razones personales (causas o daños psicofísicos) (Millán, Gujis, Diez, Storino & Foster, 2005).

Además de los síntomas antes mencionados, se han planteado a partir del síndrome de post guerra de Vietnam los siguientes: sentimiento de culpa y autocastigo, experiencia subjetiva a partir del chivo expiatorio, rabia aleatoria impulsos violentos, así como memorias brutales del combate y entumecimiento psicológico, alienación de las emociones y dudas sobre la habilidad para amar y cuidar de otros (Englehard y A van den Hout, 2007; Fairbairn, 1952, y Shatan, 1973, retomados por Kingsley, 2007).

Específicamente, las memorias brutales del combate son un aspecto importante a tener en cuenta al describir los síntomas de los ex combatientes de Vietnam, ya que éstos se vieron involucrados en situaciones atroces tales como rapto, tortura, mutilaciones, asesinato a inocentes, incluyendo mujeres y niños. A partir de dichas experiencias, presentan un estado regresivo, donde el nivel de madurez del Súper Yo del sujeto se ha visto disminuido por las atrocidades a las que se vio expuesto, y donde su modo de pensar y actuar estuvo determinado por el “ojito por ojo y diente por diente”. Generando que algunos sujetos se fijen en este nivel de organización del Súper Yo, que no les permite experimentar culpa o remordimiento por sus acciones atroces. Dando como resultado la pérdida de la autoridad y de algunas de sus funciones psicológicas, deviniendo los flashbacks, los sueños terroríficos, las respuestas de sobresalto y la dificultad para distinguir las realidades presente y pasada (Singer, 2004).

De este modo, dichos pacientes contemplan el mundo en polaridades, todo es malo o todo es bueno, ubicándose desde allí para justificar sus acciones. Sin embargo, hay algunos pacientes que tuvieron mejores bases en la niñez que fortalecieron su capacidad para metabolizar la agresión, ya que fue internalizada una madre buena y mala en su interior. En

estos casos, se estaría hablando de una regresión y no de una fijación, donde es más fácil que las personas en el proceso terapéutico puedan experimentar culpa, remordimiento e intentar reparar los daños causados. También, la guerra puede despertar el sadismo de la niñez, de modo que, durante el combate, los soldados pueden tener diferentes reacciones y sensaciones, algunas tales como terror, rabia, odio y, en algunas ocasiones, una sensación de estar viviendo en cámara lenta lo que ocurre, como si fuera de modo surrealista, incluyendo sentimientos de venganza y odio. En casos no muy frecuentes, los soldados han expresado satisfacción por los actos atroces cometidos. Finalmente, se considera que la necesidad que tienen los sujetos de conseguir el perdón a través de su confesión, arrepentimiento y restauración de la víctimas, es imposible de lograr, así que deben entender que mediante el proceso terapéutico el perdón lo deben encontrar en su interior, en sus compañeros, en el terapeuta y en "otras personas cuidadosamente seleccionadas" (Klein, 1975; Herman, 1992, citados por Singer, 2004).

Una población muy poco nombrada y no tenida en cuenta dentro de los estudios sobre estrés posttraumático en militares son las mujeres. Cabe resaltar que la incidencia del trastorno en ellas es mayor que en los hombres, ya que intervienen otros factores que hacen que el trauma se agudice (asalto sexual), además de las características propias del género que hacen que al regresar a casa después de la guerra las condiciones de reintegración a la vida cotidiana sean más difíciles (Petrovic, 2007).

En los militares las estrategias de búsqueda de ayuda en salud mental son menos efectivas que en medicina en general. En una investigación, los resultados permitieron establecer que el 62.2% de los militares buscaron tratamiento en el curso de su vida y el 35.2% nunca lo buscaron. La mayoría que buscó tratamiento fue por lo menos una vez en la vida a un consejero o a una sesión de terapia, lo que indica que no llevaron a cabo un proceso terapéutico continuo o permanente, pudiéndose interpretar que aún son muchas las necesidades sin suplir en esta población, especialmente aquellas relacionadas con la estigmatización de los tratamientos en salud mental en este contexto. Aquellos militares diagnosticados con TEP, presentan mayor número de experiencias en las que su salud física se ha visto comprometida, su vida social, ocupacional y su calidad de vida disminuida, lo cual tiene también un impacto económico importante. Del mismo modo, los resultados muestran que ante mayor severidad de los síntomas había más búsqueda de tratamiento, en donde los factores de co-morbilidad apuntan a la gravedad de los síntomas como en el caso de la depresión mayor, donde los militares que la tienen buscan tratamiento (Fikretoglu, Brunet, Guay & Pedlar, 2007).

En una investigación realizada para establecer la relación entre el Estrés Posttraumático en ex combatientes de Irak y los problemas de salud física, se tomó una muestra de 2.863 soldados que habían vuelto hace un año de la guerra. Los

instrumentos utilizados fueron los auto-reportes, realizados a partir de una lista de chequeo de 17 ítems de los síntomas de EPT, un cuestionario sobre la salud del paciente de 15 ítems y la Escala de Depresión. Los resultados arrojaron que el 16,6% cumplió con los criterios para EPT, y éste fue asociado perceptiblemente a grados más bajos de la salud en general. Lo anterior permitió concluir que existe un alto predominio de EPT relacionado con problemas de salud física en los veteranos de la guerra de Irak, frente a las cuales los veteranos que buscan ayuda médica deben ser evaluados para establecer si presentan EPT. Las diferentes formas de medir el Estrés posttraumático son por medio biológico (hiperaurosal fisiológico, problemas de sueño y alteraciones hipotalámicas, pituitaria-adrenal), psicológico (hostilidad, desesperación, poco enfrentamiento) atencional (opinión aumentada y somatización del síntoma) y comportamental (comportamientos de alto riesgo, tales como fumar y consumir drogas) (Arbeláez & Sabath, 2001; Hoge, Terhakopian, Castro, Messer & Engel, 2007; Mejía, 2002).

Psicoterapia del estrés posttraumático en militares

Existen múltiples enfoques y técnicas con relación al tratamiento psicoterapéutico del estrés posttraumático en militares. En este apartado se establecerán los elementos básicos necesarios sobre los que debe trabajarse en un proceso terapéutico y se hará un énfasis especial en la psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica.

Algunos autores consideran que el tratamiento dentro del contexto militar para este trastorno demuestra mayor eficacia cuando se proporciona de inmediato y cercano al evento, ya que permite disminuir el malestar y las complicaciones del mismo. Así, consideran que la representación previa evita la agudización de los síntomas ya que cuando la persona anticipa la ocurrencia del evento, el impacto sobre la psique es menor. Del mismo modo, plantean que un factor muy relevante es la psicoeducación, ya que le permite al sujeto anticiparse a los síntomas. Se debe tener presente también la ganancia secundaria ocasionada por el trastorno que puede perturbar el curso del tratamiento (First et al., 1996; Frances & Ross, 1999; Bisson, et al., 2007).

La importancia de la psicoterapia en el estrés posttraumático se basa en conseguir la simbolización, es decir, *poner las experiencias traumáticas en un orden simbólico*, llevando al paciente a un tiempo y espacio distintos al presente, que le permitan recordar el suceso sin revivirlo. Dicha integración debe ser reconocida por el terapeuta como una *actualización simbólica* e intentar que el paciente la verbalice (Varvin, 1998).

Teniendo en cuenta el estado de desequilibrio al que el sujeto se ve expuesto por el evento traumático, los tratamientos psicoterapéuticos para ex combatientes deben tener en cuenta tres fases. A saber: 1) Establecimiento de seguridad, sobriedad y autocuidado. 2) Narrativa personal de la experiencia. 3) Reconexión con la comunidad, los

ideales personales y la vida cotidiana (Shay, 2002, retomado por Kingsley, 2007).

Las relaciones interpersonales que se establecen hacen parte de uno de los factores de protección más importantes contra el estrés, cuando la red social que apoya al sujeto permanece intacta, los sujetos se encuentran protegidos contra el estrés de cualquier tipo. El aspecto central sobre el cual deben enfocarse las intervenciones a corto plazo con personas que sufren de estrés postraumático, es “la restauración del apoyo social” (p. 602). Asimismo, el tratamiento en personas con estrés postraumático debe basarse en la recuperación de la dificultad que tienen los sujetos para establecer relaciones interpersonales, ya que de ahí devienen una cantidad de síntomas que son propios de la enfermedad, tales como: irritabilidad, aislamiento, indefensión, desconfianza, depresión, desequilibrio y dificultad para controlar sus emociones (Holen, 1990 y Quarantelli, 1985; Lystad, 1988, Mitchell, 1986 y Rápale, 1983, retomados por A van der Kolk, 1987; Allen & Bloo, 1994., Foy et al., 2000, retomados por Robertson, Rushtin, Bartrum & Ray, 2004; Jiménez & Pérez, 2002).

Considerando que el evento traumático genera un estado de desequilibrio en el sujeto, la labor más urgente de los terapeutas es ayudarle a los sujetos a recuperar el sentimiento de control y estabilidad que se perdió o se vio afectada tras éste. El correcto desarrollo de la “confianza básica” se constituye en un pilar fundamental del desarrollo de la personalidad. Este concepto hace referencia a la sensación de seguridad, de ser cuidado y de relacionarse con otras personas. Cuando un sujeto asiste a psicoterapia de grupo tras una situación traumática, la “confianza básica” se ha visto amenazada y por ende mediante este proceso es necesario que se recobre (A van der Kolk, 1987; Erikson, 1950/ 1983; Jiménez & Pérez, 2002).

Debido a que los avances en la descripción de la sintomatología han permitido conocer más a fondo las características del trastorno, estos conocimientos pueden ser utilizados en programas que permitan disminuir las secuelas del conflicto armado en los militares. Dicha prevención podría hacerse en términos de disminución de los factores de riesgo a desarrollar estrés postraumático, por medio de tratamientos y preparación antes de enfrentarse al combate. En una investigación realizada en médicos residentes de una Escuela Militar, se encontró que es posible prevenir los estragos del estrés postraumático en la psique mediante un tratamiento previo al combate. De este modo, la psicoterapia de entrenamiento es muy efectiva para ayudar a los residentes militares de psiquiatría a enfrentar las emociones que pueden presentarse ante un evento traumático producto de un despliegue militar y prepararse para ello. Los resultados a nivel cualitativo demostraron que los que tuvieron este tipo de psicoterapia se beneficiaron en su desempeño (Gray, 2004; Kolkow, Grieger, Morse & Spira, 2005, citados por Haney & Hafter, 2007).

Psicoterapia de grupo en militares con estrés postraumático

Es preciso comenzar este apartado recordando que el pionero en las intervenciones grupales con ex combatientes fue Bion (1985), quien a raíz de la segunda guerra mundial, implementó un tratamiento terapéutico con los soldados que se encontraban internados, planteando que la neurosis de los sujetos debía entenderse como la neurosis de grupo, donde el terapeuta debe intervenir teniendo en cuenta las dinámicas individuales y la cultura militar. El método de tratamiento utilizado consistió en una entrevista inicial, entrenamiento físico, discusiones grupales y psicoterapia individual al final del día.

La psicoterapia de grupo para los trastornos por estrés postraumático, independientemente de la naturaleza del trauma y la estructura del grupo, tiene por objetivo ayudar a los sujetos a controlar, manejar y transformar dentro del grupo psicoterapéutico, las consecuencias que haya traído consigo el trauma. Esto se logra a partir de la escucha y la atención de las necesidades propias y de los demás integrantes del grupo, así como de las emociones asociadas a ellas (Kutash & Wolf, 1991; Pérez-Sánchez, 1996; Pinney, 1996). Sin embargo, una de las mayores resistencias presentes en los grupos de estrés postraumático es la reactivación del trauma, a la cual el terapeuta debe adelantarse ofreciéndole al sujeto las cosas que el trauma no hizo, tales como “la predicción, una estructura clara, unas reglas básicas sobre la seguridad del grupo y la conciencia constante de la alianza terapéutica” (A van der Kolk 1987, p. 606).

Los grupos de psicoterapia se pueden conformar de dos maneras. La primera, corresponde a los grupos homogéneos que se centran en el trauma específicamente y que hacen aproximaciones al mismo, a corto y largo plazo. Los grupos que se encuentran dentro de esta categoría son aquellos en los que se hacen intervenciones en crisis agudas para personas que han sido afectadas por la misma experiencia traumática, como el trauma producto de un enfrentamiento armado. Esta modalidad de grupo se caracteriza por una estructura y límites claros donde los integrantes del grupo se comprometen a asistir a todas las sesiones que dure el tratamiento y se les invita a manifestar completamente sus recuerdos del trauma y los progresos realizados en el proceso. El que el proceso tenga un límite de tiempo promueve el acceso rápido del contenido emocional y evita fusiones regresivas. La segunda categoría corresponde a los grupos heterogéneos, los cuales se estructuran para que el proceso sea a largo plazo y se centran en la exploración de las reactivaciones personales y en los cambios dentro de la personalidad, que han ocurrido secundarios al trauma, más que en el trauma mismo (A van der Kolk, 1987; Kaplan & Sadock, 1996).

La psicoterapia de grupo ha demostrado ser efectiva en las víctimas de trauma porque uno de sus principales

efectos es sobre las reestructuraciones de las relaciones interpersonales. Las cuales fueron gravemente afectadas por el trauma, ya que éste ha colmado los mecanismos de defensa, psicológicos y biológicos de las personas. En este sentido, cuando los mecanismos de defensa propios son inadecuados, las personas se vuelven dependientes de otros para compensar su desamparo (Allen & Bloo, 1994; Foy et al., 2000, retomados por Robertson, Rushtin, Bartrum & Ray, 2004; Yalom, 2000).

Debido a que el trauma conduce a un miedo profundo a hablar, es muy importante ser escuchado y comprendido por otras personas, ya que permite restaurar el sentido de alivio y humanidad, en donde la confianza y el expresar en un medio seguro sus sentimientos, afectos y pensamientos, son aspectos que les preocupan frecuentemente a estas personas (Alonso & Swiller, 1995; Brabender, 1996; González, 1999). En la psicoterapia dinámica tradicional, la labor del terapeuta es unir los elementos separados del self de los miembros del grupo, manejando los sentimientos intensos que los afectan e integrar sus experiencias, contener sus energías y comportamientos destructivos y autodestructivos. En este orden de ideas, el terapeuta como agente terapéutico central ayuda a curar el trauma por medio de la contención y elaborando el recuerdo repetitivo del suceso. Por tanto, su tarea es identificar los aspectos del trauma para que no siga actuado de forma destructiva en el grupo y examinar cómo esas experiencias traumáticas disociadas y su dolor y secreto asociados, tienen que ver con las relaciones interpersonales. Por ende, la psicoterapia de grupo para el trauma psicológico ayuda a los sujetos a crear y compartir una narrativa, no solamente del trauma, sino de sus propias experiencias personales más profundas, de modo que las personas puedan escucharlo y reflejarse. En general, la psicoterapia psicodinámica hace énfasis en la relación terapéutica, en el pasado y presente las experiencias interpersonales del sujeto, identificando los sentimientos, pensamientos, acciones y relaciones, enfocándose en su influencia y explorando deseos, sueños o fantasías, así como algunas evitaciones o resistencias (A van der Kolk, 2002; Blagys & Hilsenroth, 2000, citados por Schottenhamer, Arnoff, Glass & Hafer, 2006; Anzieu & Kaës, 1989; Fiorini, 1990).

La revisión realizada sobre diferentes investigaciones con sujetos con estrés posttraumático y terapia grupal, propone a esta última como una forma de intervención adecuada y efectiva para aquellos sujetos que han vivenciado una serie de traumas o que padecen más específicamente de un trastorno de Estrés Posttraumático. Uno de los estudios observados comparó la efectividad de dos tipos de terapia de grupo, con el objetivo de mejorar la condición de los veteranos de la Guerra de Vietnam, quienes sufrieron de un crónico trastorno de estrés posttraumático. Un tipo de terapia denominada *terapia de grupo focalizada en el trauma* fue realizada a la mitad de la muestra ($N = 180$) dentro de la cual había un fase psicoeducativa, una de reestructuración

cognitiva, una de prevención y una de entrenamiento de habilidades frente a la recaída, mientras que en el otro tipo de terapia llamada *terapia de grupo centrada en el presente*, los veteranos recibían una educación sobre los síntomas del trastorno de estrés y se veían las conexiones que este desorden tenía con las relaciones interpersonales mal adaptadas de estos sujetos. Al final, se encontró que ambos estudios sugieren que la terapia de grupo es efectiva en sujetos que sufren los efectos crónicos de un evento traumático, usando un formato psicoeducativo y con una discusión orientada, con lo que se observó una reducción de síntomas específicamente relacionados a un trauma (Kanas 2005, retomando a Schnurr, 2003).

La psicoterapia de grupo con un énfasis psicoeducativo, utilizada en veteranos de guerra, resultó ser bastante efectiva, pues ésta se enfoca en la exploración de los efectos del trauma sobre el sentido individual del sí-mismo, en la exploración de los efectos del trauma en las relaciones interpersonales y en la exploración de formas para encontrarle un significado a la vida a pesar del trauma. Por tanto, los veteranos no solamente pudieron explorar los componentes traumáticos que éstos tienen frente a la autoridad, sino que también identificar comportamientos más efectivos y adaptativos (Lubin & Johnson, 2000).

La psicoterapia grupal con orientación psicoanalítica es una de las técnicas más utilizadas para tratar el estrés posttraumático, en especial porque los factores terapéuticos que devienen de las experiencias personales compartidas por un grupo de sujetos con vivencias similares, permite que éstos puedan reeditar y reelaborar sus propias experiencias traumáticas, a partir no sólo de sus propias interpretaciones sino de las realizadas por los otros sujetos que hacen parte del grupo, lo que no se encuentra en otros formatos de psicoterapia como el individual (Anzieu, 1998; Anzieu & Yves, 1997; Corey, 1995; López-Yarto, 2002; Sanderlis, 2005).

De este modo, los factores que favorecen el proceso terapéutico son: 1. *La comparación de la verdad histórica con la narrativa personal de las consecuencias del trauma*, que le permite a los sujetos enfrentar el trauma más directamente y empezar a crear una narrativa más acorde con la realidad de lo que sucedió, donde el grupo proporciona límites de seguridad y las comparaciones con las narrativas de otros juegan un papel fundamental como facilitadoras en la corrección de las confusiones cognoscitivas. Permitiendo a los miembros del grupo recuperar el control sobre lo que consideraban incontrolable, evitando sentirse atrapados por el trauma y re estableciendo el equilibrio entre sí mismos y los otros. 2. *El espacio terapéutico* hace posible el trabajo sobre la *disociación* del evento traumático, ya que el trauma pudo haber dejado por fuera de la conciencia muchas experiencias indispensables para la elaboración de la narrativa del mismo y se hace necesario entonces permitir la *reintegración* gradual de la información que

alguna vez fue necesaria dejar por fuera de la conciencia. La psicoterapia de grupo puede ayudar a los sujetos a crear una narrativa más coherente sobre el evento. Por ejemplo, la escritura de diarios entre las sesiones, por medio de la cual se permite la articulación de pensamientos y la aceptación de experiencias difíciles, a través de la escritura. 3. *El direccionamiento de los recuerdos del trauma*, que hace referencia a la identificación de elementos y señales que le recuerden al individuo el evento traumático, ayudando a manejar las reacciones generadas por los recuerdos y las acciones llevadas a cabo para tolerarlos, sin exponerse innecesariamente a ellos. 4. *La pena, el luto y las identificaciones contradictorias*, comprende la relación entre la pérdida y el trauma, cuando la muerte acompaña el trauma, en donde la función principal del luto es reestablecer el lazo con la figura perdida sin dejar vacíos en la construcción del mismo, es decir, creando representaciones internas continuas con las cuales poder identificarse constantemente. Sin embargo, el re establecimiento de dicho lazo no es fácil y se ejerce en la terapia de grupo y en otras redes sociales por medio de las cuales se refuerza y guardan las memorias o recuerdos, repitiendo y compartiéndolos con otros. En un proceso psicoterapéutico, los sujetos se pueden identificar con el agresor debido a que provee el control sobre la situación; por lo tanto, el grupo terapéutico se constituye como un espacio transitorio en el cual se ayuda al sujeto a encontrar el control sobre el trauma (Saltzman, Steinberg, Layne, Aisenberg & Pynoos, 2001; Glodich, Allen & Arnold, 2001; Ericsson, 1959; Sullivan, 1953; Gaines, 1997 y Silverman, 1996; Winicott, 1971, citados por Aronson, 2005).

Durante el tratamiento en los militares con estrés postraumático, la presencia de un terapeuta neutral que ayude al sujeto a evidenciar sus maniobras defensivas, señalando en la relación terapéutica la transferencia e identificación e interpretando los deseos inconscientes, los sentimientos y los pensamientos del sujeto, va a ser fundamental en los efectos psicoterapéuticos del proceso (Kaës, 2000a, 2000b; Jones & Pulos, 1993; Ablon & Jones, 1998; Kubacki & Chase, 1998; Hill & O'Grady, 1985; Anow & Castonguay, 1996; Wallerstein & Dewitt, 1997, citados por Schottenbauer et al., 2006).

En la psicoterapia grupal, la contratransferencia puede facilitar o dificultar el proceso. Por tal motivo, especialmente con militares con estrés postraumático, deben anticiparse los sentimientos que susciten en el terapeuta los acontecimientos narrados por el paciente, ya que se constituyen en una de las trampas del proceso, especialmente cuando éstos confiesan atrocidades cometidas o vivenciadas durante el evento traumático, en las cuales el terapeuta puede sentirse en la necesidad de subsanar la culpa de su paciente con los integrantes del grupo y por ello tratar de tranquilizarlo justificando sus acciones. Cuando se trata de una contratransferencia negativa, existen dos aspectos a los que se proyecta. El primero es la identificación del terapeuta con la

victima del paciente, lo que genera miedo o aversión hacia éste. La segunda es tomar la historia del paciente como la de un sujeto con personalidad sádica, frente al cual sus propias defensas se ven en peligro y trata de defenderse (Singer, 2004).

Discusión

Retomando los principales planteamientos realizados, se puede concluir lo siguiente: en primer lugar, el desarrollo del estrés postraumático en los militares ex combatientes depende de la interrelación de varios factores. A saber: la intensidad del trauma, las circunstancias en que se presentó, el trasfondo cultural, la ideología militar y religiosa, la edad del sujeto, la historia de agresiones previas que tenga, la estabilidad emocional previa al suceso, los recursos psicológicos propios, la autoestima, el apoyo social, familiar y las reacciones afectivas actuales.

En segundo lugar, las características principales de los grupos de psicoterapia con orientación psicoanalítica, en general son ayudar a los sujetos a: a) estabilizar las reacciones físicas y psicológicas en un ambiente seguro, por medio de la expresión de sentimientos, emociones, a través de la reconstrucción y elaboración de historia traumática; b) validar y explorar las percepciones y emociones; c) buscar recuerdos reprimidos; d) ayudarle al sujeto a comprender la relación entre el estresor y el comportamiento; e) explorar la auto-culpa y ayudar a desarrollar nuevas formas de relación. Hacer explícito que las elaboraciones del sujeto no terminan con el proceso, sino que deberán continuar el resto de su vida.

En un proceso psicoterapéutico en personas con estrés postraumático es importante tener en cuenta las redes de apoyo con los que cuenta el sujeto, como: los padres, la familia, los amigos y allegados. Las metas de la terapia de grupo con orientación psicoanalítica buscan el insight, por medio de terapia expresiva, confrontación, clarificación e interpretación, facilitando el uso de defensas menos regresivas.

La psicoterapia de grupo con orientación psicoanalítica para el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático se constituye como un proceso psicoterapéutico muy importante para ayudar a los sujetos a recuperar su salud mental y reestablecer las habilidades perdidas o deterioradas a causa del evento traumático, aunque no se considera suficiente por sí sola; ya que el trastorno comprende todo un proceso complejo que requiere de un tratamiento específico y multidisciplinario, que va a depender de cada caso en particular.

Antes de intervenir a nivel psicoterapéutico, el diagnóstico diferencial es trascendental para la realización de un proceso adecuado, ya que permite establecer la presencia o ausencia de otros desórdenes. Además, debe tenerse en

cuenta dentro de los temas más relevantes a tratar en la psicoterapia de grupo: la rabia, la culpa, la vergüenza, la deshumanización, el abandono y la venganza, así como los problemas con la autoridad, la raza y los traumas infantiles. Por otra parte, la psicoeducación se ha constituido como un elemento esencial de la terapia, ya que puede dar cuenta del proceso de reelaboración de los esquemas mentales que tiene el sujeto sobre el trauma.

Referencias

- Alonso, A. & Swiller, H. (Comp.) (1995). *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. México: El Manual Moderno.
- Aronson, S. (2005). A War That Had Come Right to Them": Group Work with Traumatized Adolescents Following September 11. *Internacional Journal of Group Psychotherapy*, 55, 375-391. Recuperado en noviembre 12, 2007 disponible en <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=867387821&sid=5&Fmt=3&clientId=53504&RQT=309&VName=PQD>
- Anzieu, D. & Yves, J. (1997). *La dinámica de los grupos pequeños*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Anzieu, D. (1998). *El grupo y el inconsciente: lo imaginario grupal*. Barcelona: Biblioteca Nueva.
- Anzieu, D. & Kaës, R. (1989). *Crónica de un grupo*. México: Gedisa.
- Arbeláez, P. & Sabath, J. (2001). *El combate armado y el desarrollo de estrés posttraumático en soldados profesionales voluntarios pertenecientes a la tercera brigada*. Trabajo de grado, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Pontificia Universidad Javeriana de Cali.
- A van der Kolk, B. (2002) Group Psychotherapy for Psychological Trauma. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52, 303-308. Recuperado en septiembre 15 de 2007 de: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=112749374&sid=8&Fmt=3&clientId=53504&RQT=309&VName=PQD>
- A van der Kolk, B. (1987). Terapia de grupo en los trastornos por estrés postraumático. En: Kaplan, H. & Sadock, B. (1996). *Terapia de grupo* (pp. 602-613). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bion, W. R. (1985). *Experiencias en Grupos*. Madrid: Ed. Paidós Ibérica, S.A.
- Bisson, J., Brayne, M., Ochberg, & Everly, G. (2007) Early Psychosocial Intervention Following Traumatic Events. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1016-1020. Recuperado en mayo 12 de 2008 disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1301548601&sid=3&Fmt=3&clientId=53504&RQT=309&VName=PQD>
- Brabender, V. (1996). Terapia de grupo con sujetos ingresados. En Kaplan, H. y Sadock, B. (1996). *Terapia de grupo* (pp. 665-678). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- De Vries, M. (2006). ¿Cómo impedir que una situación traumática se convierta en un desastre? Recuperado octubre 15, 2006, disponible en <http://www.stmedidores.com/Generalitats/fStm.php?Mw==&ZmZhc2NpY3Vsbw==&MzA=&NzM1>.
- Ericsson, E. H. (1983). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Home.
- Englehardt, I. & A. van den Hout, M. (2007) Preexisting Neuriticism, Subjetive Stressor Severity, and Posttraumatic Stress in Soldiers Deployed to Iraq. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52. Recuperado el 7 de marzo de 2008, disponible en: <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=494&xwm=true>
- Fikretoglu, D., Brunet, A., Guay S. & Pedlar D. (2007) Mental Health Treatment Seeking by Military Members With Posttraumatic Stress Disorder: Findings on Rates, Characteristics, and Predictors From a Nationally Representative Canadian Military Sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 103-201. Recuperado en noviembre 16 de 2007 disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1227557651&sid=1&Fmt=3&clientId=53504&RQT=309&VName=PQD>
- Fiorini, H. J. (1990). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- First, M., Frances, A. & Pincus, H. (1996). *DSM-IV Manual de diagnóstico diferencial*. Barcelona. Masson.
- Frances, A. & Ross, R. (1999). *DSM-IV estudio de casos: guía clínica para el diagnóstico diferencial*. Barcelona. Masson.
- Freud S. (1980). *Ánalisis terminable e interminable*. En: Etcheverry J. L., (Vol 23, pp. 211-254) Buenos Aires: Amorrortu Eds. (Trabajo publicado originalmente en 1937).
- Freud S. (1979). *Más allá del principio del placer*. En: Etcheverry J. L., (Vol 18, pp. 2-62) Buenos Aires: Amorrortu Eds. (Trabajo publicado originalmente en 1920).
- Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. & Uribe, M. (2002). *Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos*. Colombia: CEJA, Centro Editorial Javeriano.
- González, J. (1999). *Psicoterapia de grupos: teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. México: El Manual Moderno.
- Haney, A. & Hafer, S. (2007). Association of a Training Psychotherapy Experience with Deployment Stress in Military Physicians. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 35(1), 71-76. Recuperado en octubre 19 de 2007, de <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1256972281&sid=8&Fmt=3&clientId=53504&RQT=309&VName=PQD>
- Hoge, C., Terhakopian, A., Castro, C., Messer, S. & Engel, C. (2007). Association of Posttraumatic Stress Disorder With Somatic Symptoms, Health Care Visits, and Absenteeism Among Iraq War Veterans. *American Journal of Psychiatry*, 164, 150-153. Recuperado en febrero 25 de 2008 disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/164/1/150?maxtoshow=&HITS=10&hitz=10&RESULTFORMAT=&fulltext=psychotherapy+of+group+AND+posttraumatic+stress&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCT>
- Jiménez, N. & Pérez, L. (2002). *Diagnóstico del impacto psicosocial del conflicto armado colombiano en soldados de las F.F.M.M. de Colombia*. Trabajo de grado, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Pontificia Universidad Javeriana de Cali.
- Kaës, R. (2000a). *Las teorías psicoanalíticas del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Kaës, R. (2000b). *El aparato psíquico grupal*. Buenos Aires: Gedisa.
- Kanas, N. (2005). Group therapy for patients with chronic trauma-related stress disorders. *International Journal of Group Psychotherapy*, 55, 161-165. Recuperado en noviembre 16, 2007 disponible en <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=786722791&SrchMode=1&sid=1&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1204067735&clientId=53504>
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1996). *Terapia de grupo*. Madrid: Médica Panamericana.
- Kingsley, G. (2007) Contemporary Group Treatment of Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 35, 51- 70. Recuperado en mayo 15 de 2008, disponible en <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1256972271&sid=4&Fmt=3&clientId=53504&RQT=309&VName=PQD>
- Kutash, I. & Wolf, A. (1991). Psicoanálisis en grupos. En: Kaplan, H. & Sadock, B. (1996). *Terapia de grupo* (pp. 136-149). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Laplanche, J. & Pontalis, J-B., (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. España: Paidós.
- López-Yarto, L. (2002). Terapia de grupo o terapia en grupo. *Aperturas Psicoanalíticas*, 10. Recuperado julio 15, 2006, disponible en: <http://www.aperturas.org/10lopezyarto.html>.
- Lubin, L. & Johnson, J. (2000). Interactive psychoeducational group therapy in the treatment of authority problems in combat-related post-traumatic stress disorder. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50, 185-197. Recuperado en mayo 14 de 2008, disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=1&did=55528435&SrchMode=1&sid=3&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1221166323&clientId=53504>

- Lubin, H. & Read D. (2000) Interactive Psychoeducational group Therapy in the treatment of authority Problems in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50. Recuperado en mayo 13 de 2008, disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=1&did=55528435&SrchMode=2&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1221158332&clientId=53504>.
- Mejia, J. (2002). *Estudio epidemiológico de trastorno de estrés pos-traumático en policías profesionales (Cobra II) adscritos al batallón de infantería 14 Antonio Ricaurte*. Trabajo de grado, Facultad de Ciencias Sociales, Humanidades y Artes. Universidad Autónoma de Bucaramanga.
- Millán, L., Gujis, A., Diez, G., Storino, R. & Foster, J. (2005). *Esos Loquitos de Guerra*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lomas de Zamora.
- Mingote, J., Machón, B., Isla, I., Perris, A. & Nieto, I. (2001). Tratamiento integrado del trastorno de Estrés Posttraumático. *Aperturas Psicoanalíticas*. Recuperado junio 15, 2007, disponible en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000161&a=Tratamiento-integrado-del-trastorno-de-estres-posttraumatico>.
- Orengo, F. & Sabbah, D. (2001). Trastorno de Estrés Posttraumático: Entrevista a Chaim F. Shatan. *Aperturas Psicoanalíticas*. Recuperado noviembre 18, 2006, disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000184&a=Trastorno-de-estres-posttraumatico-entrevista-con-Chaim-F-Shatan>.
- Pérez-Sánchez, A. (1996). *Prácticas psicoterapéuticas: psicoanálisis aplicado a la asistencia pública*. Barcelona: Paidós.
- Petrovic Kara. (2007). Stresses of War Take Toll on Female Veterans. VFW, *Veterans of Foreign Wars Magazine*, 94, 7-17. Recuperado en febrero 19 de 2008, disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1228227801&sid=4&Fmt=3&clientId=53504&RQT=309&VName=PQD>
- Pinney, E. (1996). Terapia de grupo. En: Kaplan, H. & Sadock, B. (1996). *Terapia de grupo* (pp. 730-735). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Robertson, M., Rushtin, P., Bartrum, D. & Ray, R. (2004). Group-Based Interpersonal Psychotherapy For Posttraumatic Stress Disorder: Teoretical and Clinical Aspects. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54(2), 45-176. Recuperado en septiembre 26, 2006, disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=623917301&sid=8&Fmt=3&clientId=53504&RQT=309&VName=PQD>
- Sandelris, S. (2005). El grupo como facilitador del cambio terapéutico: Una experiencia con pacientes HIV positivos. *Aperturas Psicoanalíticas*. Recuperado junio 20, 2007, disponible en <http://www.aperturas.org/20sandleris.html>.
- Singer, M. (2004). Shame, Guilt, Self-Hatred and Remorse in the Psychotherapy of Vietnam Combat Veterans Who Committed Atrocities. *American Journal of Psychotherapy*, 58, 377-446. Recuperado en febrero 20 de 2008, disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=805483851&sid=3&Fmt=3&clientId=53504&RQT=309&VName=PQD>
- Scheidlinger, S. & Batkin, G. (2005) In the aftermath of September 11: Group Interventions with Traumatized Children Revisited. *International Journal of Group Psychotherapy*, 55, 335-355. Recuperado en mayo 10 de 2008, disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=867387811&sid=8&Fmt=3&clientId=53504&RQT=309&VName=PQD>
- Schottenbauer, M., Arnoff, D., Glass, C., y Hafter, S. (2006). Psychotherapy for PTSD in the Community: Reported Prototypical Treatments. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Recuperado el 3 de marzo de 2008, disponible en: www.interscience.wiley.com
- Varvin, S. (1998). Psychoanalytic psychotherapy with traumatized refugees: Integration, symbolization, and mourning. *American Journal Of Psychotherapy*, 52, 64-72. Recuperado en noviembre 12, 2007, disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=28502716&sid=11&Fmt=3&clientId=53504&RQT=309&VName=PQD>
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.