

**EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN MILITARES HERIDOS EN COMBATE DEL
EJÉRCITO NACIONAL DE COLOMBIA.
-INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL-**

EDEL MERY CORREA DUARTE



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
BUCARAMANGA 2010**

**EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN MILITARES HERIDOS EN COMBATE DEL
EJÉRCITO NACIONAL DE COLOMBIA.
-INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL-**

Ps. Edel Mery Correa Duarte

**Trabajo de grado:
Para optar por el título de Psicóloga Especialista en Clínica**

**Asesora:
Mg. Amparo Durán Mosquera**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
BUCARAMANGA 2010**

Tabla de Contenido

Resumen

	Página
Introducción.....	6
Método.....	11
Resultados.....	14
Discusión.....	26
Conclusiones.....	28
Recomendaciones.....	29
Bibliografía.....	30

Anexos

RESUMEN

TITULO: **EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN MILITARES HERIDOS EN COMBATE DEL EJÉRCITO NACIONAL DE COLOMBIA. -INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL-**

Edel Mery Correa Duarte

FACULTAD: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Amparo Durán Mosquera

El siguiente proyecto evaluó el estado de salud mental de un grupo de militares heridos en combate los cuales tienen amputación de uno de sus miembros inferiores debido a mina antipersonal en el ejercicio de su profesión, cada uno de ellos en distinta fase de tratamiento y recuperación, con diferencias marcadas debido a las mismas características de la personalidad y la forma de afrontar su nueva condición. Como instrumentos de evaluación se aplicó la MINI, el inventario FOA y historia clínica, y como estrategias de intervención técnicas cognitivas conductuales. Respecto a la salud mental la patología que definitivamente prevalece para esta población es el trastorno estrés postraumático (TEPT) en varios casos debido a la ausencia de tratamiento psicológico favorable y de forma oportuna, a lo que también se encuentran trastornos solapados a éste o de forma residual como la Depresión. No se observó el TEPT en militares con menos de tres meses de sucedido el evento traumático y se espera que con la intervención realizada reducir su aparición en el mediano y largo plazo. Una de las dificultades que afrontan estas personas una vez hallada la recuperación física es la posibilidad de ejercer un nuevo trabajo debido a que quedan desvinculados laboralmente de la institución.

Palabras Clave:

Evaluación Psicológica, Heridos en Combate, Amputados, Estrés postraumático, Estrategias de intervención cognitiva.

V°B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

ABSTRACT

TITLE: **EVALUATION OF MENTAL HEALTH IN MILITARY
WOUNDED IN BATTLE OF THE NATIONAL ARMY
COLOMBIA.
COGNITIVE BEHAVIORAL INTERVENTION**

AUTHOR: Edel Mery Correa Duarte

FACULTY: Faculty of Psychology

DIRECTOR: Amparo Durán Mosquera

The next project assessed the mental health of a group of soldiers wounded in combat who have amputation of one of their lower limbs due to mine in the exercise of their profession, each in a different phase of treatment and recovery with marked differences due to the same personality traits and how to cope with their new condition. As assessment instruments are applied MINI, inventory and history FOA, intervention strategies and cognitive behavioral techniques. Regarding mental health pathology definitely prevalent in this population is post-traumatic stress disorder (PTSD) in many cases due to the absence of favorable psychological treatment and in a timely manner to which overlapping disorders are also a way he or residual as the Depression. PTSD was not observed in the military with less than three months after the traumatic event happened and it is expected that the intervention appeared to reduce in the medium and long term. One of the difficulties faced by these people once found the physical recovery is the ability to have a new job because they are exempted from the workforce of the institution.

Keywords:

Psychological Assessment, Combat Wounded, Amputees, Posttraumatic Stress, Cognitive Intervention Strategies.

Introducción

Para Lazarus (2000) Cualquier país que este en guerra, debe considerar que es probable que un porcentaje considerable que soldados desarrollen síntomas de estrés, síntomas que oscilarán entre la ansiedad leve y grave, la angustia emocional debilitante y el trastorno mental severo, teniendo en cuenta que unos son más vulnerables que otros, en relación al tiempo de exposición a condiciones de batalla en tiempo y en número de bajas. Este concepto aplicado al contexto del Ejército Nacional de Colombia, evidencia que exista un grado de malestar emocional en algunos soldados o cuadros de mando de formas distintas de acuerdo a la misma situación, por ello después de un combate no todos expresan el mismo nivel de estrés o malestar.

La capacitación para ir a la guerra, requiere un entrenamiento físico y mental de preparación de los hombres seleccionados que permita el fortalecimiento personal para afrontar las situaciones de guerra de la mejor manera. A pesar de esta preparación, la utilización de métodos no convencionales de guerra de acuerdo a los tratados de internacionales como son los campos minados implementados por los grupos al margen de la ley, que hace que en oportunidades los hombres del Ejército Nacional de Colombia, no se soporten los ataques y se presenten la pérdidas de vidas humanas, personas gravemente heridas o personas afectadas emocionalmente por la vivencia de estas situaciones de guerra.

Durante los últimos años han sido muchos los trabajos de investigación que ha relacionado las situaciones traumáticas con el impacto psicológico y, concretamente con el TEPT, los resultados muestran que hay un indiscutible relación entre la ocurrencia de una situación traumática y el riesgo de sufrir problemas psicológicos posteriores, lo cual es especialmente evidente en los estudios realizados con veteranos de guerra (Freedly y Hobfoll, 1995 en Martin y Ochotorena, 2004). El estudio del impacto psicológico de la guerra entre las personas que participaron en la guerra civil española, se observaron las alteraciones psicógenas entre el 5% y el 10% mientras en la guerra de Vietnam llegaron a concluir era algo mas que la mitad de los veteranos de combate y que cumplían los criterios para el TEPT. (López-Ibor 1942 en Martin y Ochotorena, 2004).

Existen casos de militares que se catalogan como heridos en combate, no por las lesiones físicas sino por las afecciones emocionales adquiridas en situaciones de guerra, que en su mayoría son referentes de trastorno de estrés postraumático debido a la vivencia de eventos de crueldad para si mismos como son la tortura, para sus compañeros como la muerte de amigos. Para este trastorno y las afecciones emocionales las Fuerzas Militares de Colombia reportó para el total de los hombres que

integran las FFMM para el año de 1999 el 10% y para el año 2002 el 29%. FFMM (2004).

Entre los trastornos afectivos mayores encontrados en víctimas de guerra, se encuentra la Depresión, la cual puede verse como una respuesta maladaptativas al estrés convirtiéndose en una identidad clínica, que además de sus componentes psicológicos y sociales afectan múltiples parámetros biológicos que llevan, entre otros problemas, a un incremento del riesgo cardiovascular. Uribe (2006). Un aspecto inusual en estudios relevantes de TEPT es la comorbilidad con otros trastornos del eje I del DSM IV, puesto que la depresión y los trastornos de ansiedad por lo general van juntos (Martin y Ochotorena, 2004). Por tanto la intervención en estrés postraumático tiene un efecto indirecto sobre la sintomatología depresiva, pues es uno de los trastornos mas frecuentes asociados al trastorno de estrés postraumático, (DSM IV, 1994 en Botero 2004). Igualmente es uno de los trastornos frecuentemente asociados al estrés postraumático en población de excombatientes (Botero, 2004).

Siguiendo con Botero (2004) quien encontró que para el contexto del trastorno por estrés postraumático se relaciona el concepto de afrontamiento, pues se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales consecuentemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Para los autores Lazarus y Folkman (1986) se trata de: Primero: un planteamiento orientado hacia el afrontamiento como proceso en lugar de rasgo, que se define de acuerdo a la situación y demanda específica de conflictos; Segundo: implicar una diferenciación entre afrontamiento y una conducta automatizada; Tercero: confundir el afrontamiento con el resultado obtenido, así los esfuerzos para manejar las demandas, lo que permite que la persona haga o piense independiente de los resultados que obtenga; y cuarto: minimizar y aceptar las condiciones estresantes.

El afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales: Primero hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que haría en determinadas condiciones. Segundo: lo que el individuo hace o piensa es analizado en un contexto específico. Tercero: procesos de afrontamiento significa hablar de cambios en el pensamiento y actos medida que la intervención va desarrollándose.

El afrontamiento como proceso puede observarse en duración del duelo y de los cambios a largo plazo que tiene lugar desde el momento de la pérdida. En un comienzo puede haber un estado de shock e incredulidad, o un estado de negación, luego una

actividad frenética y esfuerzos para sobrellevar la situación social y laboral, hasta reanudar las actividades habituales e incluso la adhesión a nuevas personas o actividades.

Buendía y Mira (1993) describen la guerra como un acontecimiento no normativo de extraordinaria intensidad, repentino, dramático, imprevisible y fuera del control personal que coloca a las personas en situación de desarraigo personal, pérdida, frustración, desintegración familiar, sufrimiento mental y físico, y cambios sustanciales.

Para Fernández-Ballesteros (2005) todos los delitos tienen un aspecto común y es la vulneración de la idea de justicia, que sitúa a la víctima en una situación de indefensión absoluta y provoca sentimientos de rabia profunda dirigidos hacia el agresor.

El impacto psicológico en víctimas de terrorismo es muy elevado, lo que aumenta de dos a tres veces la probabilidad de sufrir algún trastorno psicopatológico con respecto al resto de la población. (Echeburúa, 2004 citado por Fernández- Ballesteros, 2005).

Fernández-Ballesteros (2005) describe que la relación con las víctimas de actos terroristas, el impacto es similar tanto en los supervivientes como en los familiares de los fallecidos, las consecuencias psicológicas que se pueden evidenciar son: A corto plazo: (Horas después del acontecimiento) Derrumbe emocional, reacción de incredulidad, sobrecogimiento, incapacidad para reaccionar, alteración de la conciencia y abatimiento; a mediano plazo: (días después del acontecimiento) se diluye su estado de shock, experimentación de sensación de ahogo o muerte inminente, intensificación de la vivencias afectivas como dolor, rabia, odio, impotencia, miedo y culpa, internalización o externalización de la culpa, reexperimentación del acontecimiento vivido (estrés postraumático), y reactividad emocional intensa ante noticias de otros atentados; a largo plazo: Cambios en la personalidad (pasividad, dependencia, introversión, actitud victimista, irritabilidad y sobreactivación) Complicaciones en las interacciones sociales y familiares, embotamiento emocional, anclaje del pasado, suspicacia, actitud derrotista ante acontecimientos cotidianos, sentimientos intensos de culpa generados por la ambivalencia y tendencia al consumo de alcohol y drogas.

Para Botero (2004) en investigación realizada en excombatientes Colombianos los esquemas maladaptativos mas sobresalientes se relacionan con la confianza, el autocontrol y la culpa, estos esquemas se relacionan con experiencias preliminares como el maltrato entre otras, lo segundo eventos posmilitares como la experiencia de fracaso en el trabajo. Llevando estos esquemas a que la persona se sienta incomprendida o invalidado, temer la pérdida de autonomía y capacidad de acción, evitar el efecto del temor a sentirse abrumado y desesperado por tanto potencial suicida en esta población

son resultado de desespero, desmoralización y culpa, así como llevar al consumo de sustancias psicoactivas como un intento por defender la crisis de ansiedad.

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva) los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades) ser secuestrado, ser tomado de rehén, torturas, encarcelamientos como prisioneros de guerra o internamientos en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales.

El tratamiento aplicado al trastorno de estrés postraumático ha sido, fundamentalmente, la terapia de exposición en la que el paciente debe enfrentarse a las situaciones temidas (imágenes de las mismas) sin escaparse de ellas, el entrenamiento en control de ansiedad, en el que se enseña al paciente una serie de habilidades conductuales (relajación, exposición) y cognoscitivas (auto-instrucción, distracción, control de la ira) para hacer frente a la ansiedad en la vida cotidiana. (Echeburúa, Del Corral y Amor, en Bobes, Bousoño, Calcedo, Paz, 2000)

En los últimos años el Ejército Nacional como institución se esfuerza por atender mejor sus hombres víctimas de actos terroristas por ello la Oficina de Atención al Herido tiene un proceso de recuperación, diseñado por etapas entre los que están el grupo de especialistas que hacen parte psicólogas, trabajadores sociales y tecnólogos brindando el acompañamiento y asesoría a los militares como a sus familiares, para comenzar la rehabilitación integral que comprende la recuperación física, terapia psicológica y terapia ocupacional. El proceso es el siguiente:

Primera: Son los primeros auxilios que prestan los enfermeros de combate en el lugar donde ocurrieron los hechos. Una vez el paciente es estabilizado, es trasladado al hospital más cercano de la unidad al que pertenece. Luego es remitido al Hospital Militar con sede en Bogotá donde pasa su convalecencia.

Segunda y Tercera: Trata del fortalecimiento de músculos y articulaciones, acondicionamiento físico y trabajo de mecanoterapia, para esta etapa los militares heridos se adaptan a la prótesis que la institución les ofrece, para que en unos meses el lesionado continúe a la próxima etapa.

Cuarta: Se considera la mas importante. Se trata de ingreso a programas de especiales, les permiten participar en campeonatos deportivos, los que le ayudan a interactuar con el resto de compañeros que se encuentran en la misma situación. Se describe que el deporte es la terapia que ha dado excelentes resultados, pues permite

asumir una actitud diferente hacia la vida, les ayuda a aceptar sus limitaciones físicas y a entender que pese a las circunstancias se puede ser una persona feliz y recuperada. (Ejército Nacional de Colombia, 2008).

Es de considerar que todos los miembros de las fuerzas militares de Colombia, están expuestos a un sinnúmero de presiones y estímulos ansiógenos propios de la vida militar, condiciones que se agravan en el tiempo de guerra, en donde se vive una tensión que exige al individuo una estructura firme de personalidad para resistir al estrés del combate y la amenaza de la destrucción.

Por ello en el año 2004 las Fuerzas Militares de Colombia (FFMM) creó una guía de prevención e intervención multidisciplinario que tiene como objetivo general: Promover y mantener una cultura de prevención a través de la implementación de la guía de manejo preventivo y de asistencia del trastorno por estrés postraumático y así anticipar la intervención ante este evitando o disminuyendo su impacto.

Este plan de intervención considera tres tipos de estrategias de prevención:

Prevención Primaria: contempla dentro del periodo de intervención evitar que se produzca enfermedad mental, orientándose hacia los precursores, eliminando o reduciendo los rasgos del entorno y favoreciendo la capacidad de afrontamiento y otras capacidades del individuo.

En esta etapa están contemplados los procesos de selección de personal que ingresara a la institución de acuerdo a la configuración de la personalidad del individuo, el conocimiento de la vida militar, las diferencias con la vida civil, y la misión institucional, así mismo la proyección en la adaptación y formación y una vez ya incorporado a través de la capacitación.

El Plan Maestro de Salud Mental 2007-2010 (2007) proporciona directrices dirigidas al establecimiento de modelos terapéuticos de detección precoz e intervención oportuna individual y colectiva de las situaciones críticas de la población militar, para minimizar al máximo las secuelas mentales, las reacciones desadaptativas, los trastornos de tipo emocional o perturbaciones de la personalidad, derivados del conflicto armado que nuestro país vive y un su defecto restablecer la salud mental de los hombres afectados.

De acuerdo a esta etapa de prevención, Lazarus (2000) la define como la preocupación por el estrés luego de la segunda guerra mundial la que llevo a dos cosas, la primera seleccionar los hombres de combate y qué tipo de hombres sería resistente al estrés que se produce inevitablemente, y la segunda a entrenar a la persona para que maneje con efectividad el estrés de combate y sus efectos perjudiciales.

Prevención secundaria: Se orienta hacia el mantenimiento de la población activa que ya padece algún tipo de problemas de salud mental. Este tipo de intervención debe abarcar la intervención primaria, asociada a que todo el personal activo pueda reconocer precozmente los signos de los factores de riesgo, a fin de reducir sus consecuencias o impedir que empeoren.

Incluyen las sesiones de debriefing (FFMM, 2004) en la cual se otorga un trabajo de significado frente a la experiencia. En esta sesión se hace necesaria compartir la expresión de pensamientos más que el de sentimientos, identificando los pensamientos claves que generen una reestructuración cognitiva. En el mundo militar, es la reunión posterior a una acción armada o a una misión en la que se extraen conclusiones de la misma, analizando el cumplimiento o no de los objetivos de la misión y se extraen conclusiones acerca de la actuación de todos sus participantes. Normalmente dichos participantes presentan sus informes sobre la acción realizada y se analiza el comportamiento del grupo y de cada individuo a fin de mejorar futuras acciones similares, por tanto sirve para extraer conclusiones acerca de los puntos bien llevados a cabo y cuales han sido mal realizados o pueden mejorarse. Esta sesión se realiza para el Ejército Nacional de Colombia busca no solo identificar cuales son los pensamientos estresantes, autodestructivos o maladaptativos sino también cuales son positivos y el aprendizaje que se puede generar de ellos. FFMM (2004).

Prevención Terciaria: Va dirigida a la rehabilitación de las personas que han dejado de trabajar por problemas de salud mental. En esta fase se incluye el tratamiento farmacológico, por ejemplo el uso de medicamentos como la carbamazepina, el trazodone y la clorpromazina que acortan el período de sueño REM, por el que resulta benéfico en el manejo de las pesadillas y terrores nocturnos.

Método

Cuando se realizó la intervención en la compañía de Tratamiento Ambulatorio de la Quinta Brigada del Ejército en Bucaramanga, albergaba alrededor de 35 militares, entre los que se encuentran Oficiales, Suboficiales y Soldados Profesionales donde se encuentran en diferentes tipos de tratamiento y fases de recuperación. De estos se atendieron a cinco militares de forma individual de la oficina de psicología, un oficial y cuatro soldados profesionales, con la característica que todos fueron heridos en combate debido a mina anti-persona.

Instrumentos

Historia Clínica Psicológica

Debido a que se trata de la atención de casos clínicos individuales, la historia clínica se convirtió en la herramienta fundamental para la evaluación, la consignación de la evolución en el tratamiento y por tanto el registro de resultados obtenidos Taborda (1977). Se utilizó el formato que se tiene en la oficina para estos casos en los tienen los siguientes apartados: datos de identificación, motivo de consulta, estado actual, historia familiar, historia personal, naturaleza e historia del problema, antecedentes, personalidad premórbida, estado mental, descripción del tratamiento médico, hipótesis diagnóstica, diagnóstico, pronóstico y postulación del tratamiento.

Escala de Diagnóstico del Desorden por Estrés Postraumático (PDS) de Foa. (1995)

Es un instrumento de 49 ítems, que mide los niveles de presencia, severidad o ausencia del trastorno por estrés postraumático. Este instrumento esta adaptado para la población militar colombiana y es uno de los instrumentos validos para la valoración del personal herido en combate. (Botero, 2004). Distribuido en cuatro apartados: En el primer apartado, se incluye un listado de los diferentes tipos de sucesos que les han ocurrido a ellos mismos o de los que es testigo. El segundo apartado los pacientes describen brevemente el suceso traumático que mas le afecto e indican cuanto tiempo hace que sucedió, además deben indicar si durante el suceso resultaron heridos ellos mismos u otras personas, si percibieron amenaza contra su vida o la de otras personas y si el suceso causó sentimientos de terror o de estar indefensos. El apartado uno y dos evalúa el criterio A del DSM IV.

El apartado tres, evalúa los 17 síntomas de estrés postraumático incluidos en los criterios B, C, y D del DSM IV, en este apartado los pacientes deben especificar la frecuencia con que ha aparecido los síntomas con esta calificación: 0= Nunca o solo una vez; 1= Una vez a la semana; 2= de dos a 4 veces por semana; 3 = Casi todo el tiempo. El apartado cuatro evalúa la diferencia de estos sucesos traumáticos en distintas áreas de la vida.

Igualmente es una lista de verificación de criterios de acuerdo al DSM IV, en donde para cada criterio hay ítems específicos así: Criterio A (Exposición a un evento traumático) son los ítems 16 al 21; Criterio B (reexperimentación) ítems del 22 al 26; Criterio C (Evitación) ítems 27 al 33; Criterio D (Activación) ítems 34 al 38; Criterios E (Duración de síntomas/ inicio demorado); Criterio F (Malestar significativo o Deterioro en el funcionamiento diario) con los ítems 41 al 48.

La puntuación proporciona un perfil diagnóstico, un perfil de la intensidad de los síntomas, descripción de los mismos y el nivel de desajuste.

Proporciona un diagnóstico categorial, bajo las siguientes condiciones: (1) durante el suceso estresante se deben haber producido bien lesiones físicas o percepción de amenaza para la vida. (2) que la persona se halla sentido indefenso o aterrorizado durante el suceso. (3) Al menos un síntoma de reexperimentación, tres de evitación y dos de activación, durante al menos un mes, desajuste en el menos un área de funcionamiento. (Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmo, 2002).

Entrevista Estructurada: MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)

Es una entrevista para adultos de breve duración que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM IV. Esta entrevista está dividida en módulos que los identifican letras del abecedario, y para cada letra corresponde una categoría diagnóstica. En cada módulo hay una o varias preguntas filtro correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada modulo están la casillas diagnósticas que permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos o no. Estos módulos van desde la letra A para el episodio de depresión mayor (EDM) hasta la letra P para el trastorno antisocial de la personalidad el cual es opcional de ser evaluado.

Procedimiento:

Primera Etapa: Selección de la muestra, que se trato de la recepción de los casos remitidos por la oficina de psicología militar, Criterios de selección fueron: haber sido heridos en combate debido a mina anti-persona, amputación de miembro inferior, firmar el consentimiento informado.

Segunda Etapa: Evaluación Psicológica y Establecimiento del diagnóstico, Para lo cual se realizó la primera entrevista, se diligencio la historia clínica y aplicaron los instrumentos de evaluación. En esta etapa se logró el establecimiento de un diagnóstico clínico sobre su estado de salud mental, ya que se consideró importante verificar la presencia o no de síndromes clínicos comunes para esta población como lo es el trastorno por estrés postraumático o la depresión, así mismo se tuvo en cuenta la aparición de otros cuadros distintos a los esperados.

Tercera Etapa: Diseño de la intervención cognitivo conductual, teniendo en cuenta los resultados obtenidos se plantearon los objetivos terapéuticos en el marco de las estrategias de intervención cognitivas conductuales que se requirieron de acuerdo a cada caso y la problemática que presentaba.

Cuarta Etapa: Intervención con estrategias cognitivas conductuales de acuerdo a lo hallado en los instrumentos aplicados. Cada paciente atendido se le asigno un número de 10 sesiones, una semanal.

Quinta Etapa: Evaluación de la propuesta de evaluación e intervención, se hizo necesario evaluar la importancia del proyecto para la institución, como para cada uno de sus participantes. En esta etapa se incluyó el cierre del proceso de intervención con los participantes.

Sexta Etapa: Elaboración de Informes y seguimientos, Se considera la elaboración de este documento y paralelamente se alcanzaron a hacer seguimientos para continuar con la evaluación del impacto del tratamiento en los participantes.

Resultados

Hallazgos en las Historias Clínicas de los Cinco Casos

Tabla 1: Presentación de los casos:

Caso	Edad	Escolaridad / Grado	Descripción Proceso de Recuperación	Tiempo de intervención / Número de sesiones.
Primer Caso	35 años	Oficial Escuela Militar. Capitán.	1- Recuperación imagen física: Tratamiento de odontología. 2. Consultar psiquiátrica para manejo de medicamentos. 3. Entrenamiento habilidades sociales para mejorar relación con su hija. 4. Retomar recuperación física que lo llevara al uso de prótesis.	Tiempo: 8 meses. Sesiones:10
Segundo Caso	22 años	Bachiller. Soldado Profesional (SLP).	1. Adherencia tratamiento: Prótesis como parte del cuerpo. 2. Habilidades sociales para el establecimiento de relación amorosa.	Tres Meses. Sesiones:10
Tercer Caso	30 años	5 Primaria. Soldado Profesional (SLP)	1. Adherencia al tratamiento. 2. Atención al malestar emocional debido a situación de amputado y la enfermedad de la madre. 3. Re-significación concepto de hombre, pareja y familia.	Tres Meses Sesiones:10
Cuarto Caso	23 años	Técnico. Soldado Profesional (SLP)	1. De los cinco pacientes es quien presenta menor malestar emocional. 2. Proyecto de vida. 3. Resignificación del accidente. 4. Manejo tolerancia a la frustración de acuerdo a posibilidades de estudio y apoyo institucional.	Tres meses. Sesiones:10
Quinto Caso	35 años	5 Primaria. Soldado Profesional (SLP)	1- Afrontamiento debido a la edad y tiempo en la institución. 2- Duelo ante la pérdida de su perro (Perro antiexplosivos).	5 Meses. Sesiones:10

			3- Manejo de red de apoyo: Familia – Esposa antecedentes psiquiátricos. 4- Prospectiva: Estudiante en el SENA.	
--	--	--	--	--

La población intervenida individualmente se selecciono de acuerdo a los criterios de inclusión para esta etapa. Hizo parte un oficial y cuatro soldados profesionales (SLP), todos en fases distintas de recuperación, pero con un elemento en común pérdida de parte de una pierna en forma total o parcial, debido a mina antipersonal en el área de operaciones.

El primer caso: Capitán de 35 años de edad, llevaba a la fecha de inicio de intervención 4 años de herido en combate con pérdida de pierna derecha por encima de la articulación de la rodilla. Se encontraba en su casa y reportaba que era un hombre agresivo y permanecía la mayor parte de su tiempo aislado socialmente, distanciado de su familia de origen debido a su situación y con descuido en la mayoría se las áreas de funcionamiento. Separación de su esposa justo después del accidente, hija de 5 años quien vive con la madre.

El segundo caso hace referencia a un Soldado Profesional (SLP) de 22 años de edad, que llevaba 6 meses activo en el área de operaciones, debido a la explosión de mina anti-persona perdió parte de su pie izquierdo el cual está en recuperación hace 15 meses a la fecha de inicio intervención. El principal malestar que se reporta es el de frustración debido al poco tiempo de servicio que llevaba y el deseo de volver al área donde considera siempre quiso estar debido a su sentimiento de vocación militar. Oriundo de la Costa Atlántica, caracterizado por su tranquilidad, disciplinado en el tratamiento ortopedia con tutor para la re-construcción de sus huesos y prótesis alterna, evalúa alta adherencia al tratamiento. Los objetivos terapéuticos están dirigidos a considerar la adaptación de la prótesis como una parte más del cuerpo.

El tercer caso hace referencia a un soldado profesional (SLP) de 30 años y 9 años de servicio activo al momento del accidente, lesión debido a mina antipersonal en la pierna derecha por debajo de la rodilla, en el momento de la remisión a tratamiento lleva 15 meses en tratamiento ortopédico y esta a punto de iniciar el proceso de recibir su prótesis que lo llevará a moverse sin necesidad de muletas. Con nivel académico bajo (5 primaria) procede de una familia con madre cabeza de familia, donde es el mayor de 5 hermanos y su madre esta padeciendo cáncer situación que suma preocupación ante el futuro. Durante la evaluación e intervención se mencionan la vivencia de varias situaciones difíciles en el área de operaciones debido a intensos combates o aislamiento.

El cuarto caso es del SLP de 23 años, con 2 años activo al momento del accidente, con recuperación física total, pues cuenta con excelente adherencia al tratamiento prótesis de pierna derecha por debajo de la rodilla desde hace 6 meses. De los casos atendidos es el caso más avanzado en recuperación física y que reporta menos impacto de problemas psicológicos en la evaluación a través de instrumentos utilizados. Procede de familia campesina, de tipo nuclear. Actualmente es el militar herido en combate que se encuentra vinculado a institución educativa superior y buscando beca apoyada por el ejército, pues este beneficio es principalmente para grado de oficiales. Dificultades que reporta y sobre las cuales le plantean objetivos terapéuticos son: Dificultad para afianzar una relación de pareja debido a concepción de corporeidad, estado físico y la imagen corporal, y el manejo de la sexualidad.

El quinto caso es del SLP de 35 años de edad, escolaridad primaria, pertenecía al grupo de caniles (Soldado entrenado y acompañado de perro antiexplosivos), llevaba 15 años activos al momento del accidente por mina antipersonal en una operación de registro del área donde descansaría la tropa y en el cual el resultado herido, su perro antiexplosivos murió y un compañero quedó con heridas leves. El SLP oculta el accidente a su esposa debido a que esta atravesaba por una situación de depresión postparto la cual requirió intervención psiquiátrica. La madre del soldado se convierte en la principal fuente de apoyo.

Resultados MINI

A continuación se exponen los trastornos que se lograron establecer a través de la evaluación psicológica al inicio de la atención a los pacientes heridos en combate remitidos para atención en la aplicación de la MINI.

Modulo		Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
A	Episodio Depresivo Mayor	✓	-	-	-	-
C	Riesgo de Suicidio	✓	-	-	-	-
E	Trastorno de Angustia	-	✓	-	-	✓
G	Fobia Social (Momento evaluación)	✓	-	-	-	-
I	Estado por Estrés Postraumático	✓	-	-	✓	-
J	Abuso de alcohol	✓	-	-	✓	-
	Trastorno del Estado del ánimo (actual)	✓	✓	✓	✓	✓

Uno de los objetivos de la aplicación de este instrumento era evidenciar la presencia de trastornos psicológicos asociados al evento. Teniendo en cuenta la evaluación realizada y los resultados obtenidos se pudo establecer que la presencia de estos se debía a la crisis actual que vivía cada uno de ellos, debió a sus problemática alejándose así de la mayoría de los casos como un estado constante o de difícil evolución, donde en

la mayoría de los casos mostraron evolución a tener mejor ambiente, mas oportunidades y mejores relaciones familiares, pues esto les disminuían los síntomas y les aumentaba el estado de bienestar.

Resultados FOA

Tabla 2. Resultados Instrumento FOA

Criterios Diagnósticos	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Criterio A. Exposición al evento traumático	Si	si	Si	Si	Si
Criterio B. Reexperimentación.	Si	Si	Si	No	No
Criterio C. Evitación	Si	No	No	Si	Si
Criterio D. Activación.	Si	Si	No	Si	Si
Criterio E. Duración de síntomas.	Si	No	No	Si	No
Criterio F. Malestar significativo o Deterioro en el funcionamiento diario.	Si	Ninguno	Ninguno		No
Diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático	Si	No	No	Si	No
Nivel de Deterioro en el funcionamiento	Severo	Leve	Leve	Severo	Moderado
Número de síntomas encontrados	11	2	2	8	3
Grado de severidad de los síntomas	Moderado -severo	Ninguno deterioro	Ninguno deterioro	Moderado	Ninguno

Las situaciones pueden ser traumáticas porque le sucedieron directamente, porque lo vieron o le fueron contadas, en este caso a los cinco casos clínicos fueron vividas propiamente y la experiencia fue de combate (herido de guerra, debido a mina antipersonal).

Los pacientes en los cuales se encontró trastorno por estrés postraumático (TEPT) son para los casos 1 y 4 de acuerdo a la Historia Clínica tienen como característica en común dificultades en el núcleo familiar; igualmente no recibieron tratamiento oportuno cuando consideraban los necesitaban debido a que no solo les aquejaba los problemas del accidente sino que contaban con otras dificultades en el grupo familiar.

Para el caso 5, debido a lo reciente del accidente y a pesar de las circunstancias no se evidencia severidad en los síntomas relacionados al TEPT.

Mientras que para los casos 2 y 3 a pesar que no cuentan con TEPT si refieren dificultades en el funcionamiento relacionado a relaciones con el sexo opuesto y tienen en común dificultades para el manejo de su imagen corporal.

Acompañamiento a Actividades de la Compañía de Sanidad

La compañía de sanidad realiza actividades como: cine y actividades deportivas. Lo cual permitió observar la vinculación del grupo con actividades que permiten un espacio

de esparcimiento. El acompañamiento a las actividades deportivas favoreció el apoyo a militares con discapacidad al igual de ellos, que se han preparado y para competir en eventos nacionales en el área de natación, carreras y maratones. Cada una de estas actividades permitía un espacio de observación y puesta en marcha de habilidades de los casos intervenidos individualmente y una forma de vincular nuevas actividades deportivas que son apoyadas institucionalmente.

Presentación Detallada de Dos Casos Individuales

Se puede decir que en medio del grupo de los 5 casos intervenidos existen dos grupos, cada uno con una característica en particular, por ejemplo el caso expuesto a continuación es el más complicado debido a poca evolución en la recuperación, la laxitud en el tiempo para este, y el deterioro tan marcado en las áreas más fundamentales de la persona.

Caso1:

Identificación Del Paciente

Hombre militar en el grado de Capitán de 35 años de edad, de origen santandereano, actualmente separado, en el momento del accidente tenía 10 años de servicio activo y a la fecha lleva 5 años después del accidente.

Historia pasada relevante

Empieza a ejercer su carrera militar sin inconvenientes, reporta haber estado entre los ascendidos destacados por el rendimiento, su padre fallece en el 8 año de ejercicio como militar debido a enfermedad medica. Se desempeña como instructor en la escuela lo que evidencia la excelencia en su carrera, recibió exaltaciones por su labor como militar en el tiempo que estuvo activo, considera que siempre fue muy activo en el desarrollo de su profesión y que hizo parte de grupos especiales en zonas de alto riesgo, como Arauca donde finalmente le ocurrió el accidente. Reporta varias relaciones de noviazgo que finalizaron debido a la distancia, se caso dos años antes del accidente con una mujer de origen santandereana de profesión docente, considera que fue una relación normal, a pesar de la distancia debido al mismo trabajo.

Historia familiar

Procede de una familia nuclear donde su padre había fallecido dos años antes de su accidente. Su madre se desempeña como enfermera en el pueblo de donde son oriundos, ocupa el segundo lugar de tres hijos, su hermano mayor se dedica a labores del campo

en la finca que era del padre, su hermana menor es veterinaria y es quien junto con la madre ejercen la principal fuente de apoyo en la actualidad y desde el accidente a pesar de la relación conflictiva debido a comportamiento hostil del paciente.

Descripción del exámen mental

En la primera consulta se desarrollo ante un llamado por crisis, que fue de emergencia, se evidencia alteración del estado de conciencia que no se explica mejor por el reporte de consumo de alcohol, exceso de cigarrillo y medicamentos psiquiátricos. En la segunda consulta se confirma el estado de alteración de conciencia en la atención de urgencias ya que reporta lagunas mentales. Y en el transcurrir de las sesiones se evidencia mayor lucidez debido al manejo de tratamiento de psiquiatría prescrito.

Análisis Del Motivo De La Consulta

Paciente que llega por remisión de la sección de psicología militar de la Brigada, debido a la necesidad de tratamiento psicoterapéutico por las circunstancias que le rodean, tales como llevar 4 años de sucedido el accidente sin ninguna recuperación positiva, con deterioro social, distanciado familiar y socialmente debido a su comportamiento hostil, sin vinculo institucional activo, con alto grado de consumo de medicamentos psiquiátricos sin prescripción médica, abandono de tratamiento de recuperación física.

Se observa marcado deterioro y presentación físico que con inspección visual general se nota deteriorado en su color de piel y de bajo peso. Un temblor excesivo de sus manos, inquietud durante toda la atención, reporta el consumo de un litro de vino tinto, cigarrillos, varias tasas de café, medicamentos psiquiátricos de lo que hay evidencia, porte de un arma de fuego debajo de la almohada.

Se logra desarmar al sujeto hasta que estuviera mejor, al paso de días consulto por psiquiatría para retomar tratamiento por psiquiatría buscando organizar la ingesta de medicamentos.

Historia Del Problema

Al momento de la primera atención llevaba 4 años aproximadamente de sucedido el accidente. Hasta ese momento se encontraba con dos años de matrimonio y una pequeña hija de meses.

Recibió atención médica en el hospital militar de Bogotá, fue prescrito con sedante vía venosa debido a la intensidad la cual generó dependencia y el paciente lo asume con

naturalidad, llegando al momento de el mismo inyectarse en su casa. Tiene secuelas en el brazo derecho de su aplicación.

Su aspecto físico, al momento de la atención se encuentra deteriorado como: dentadura por la acción de tanto medicamento, cigarrillo y tinto; temblor en las manos, bajo peso, deterioro en su presentación personal alegando lo difícil de vestir al no contar con la otra pierna, incomodidad para la movilización debido a que no cuenta con rehabilitación física, entendiéndose el proceso de atención médica hasta la adaptación de prótesis y su mantenimiento, debido a que refiere mal atención y evaluación de baja adherencia al tratamiento.

A nivel familiar, debido a los pocos avances en la recuperación normal de una persona herida en combate, tratamiento psiquiátrico poco favorable, alteración a nivel personal, es abandonado por su esposa al año de ocurrido el accidente, desde esa época a el momento de la atención reporta mala relación con su ex – esposa y dificultades para compartir con su hija ya que refiere que su madre la ha mantenido alejada y mostrándole una imagen desfavorecedora a su hija. Su madre y hermana del paciente son los principales fuentes de apoyo, que en momentos difíciles o situaciones críticas debido a su agresividad, consumo de alcohol, se distancian, pero reanudan una vez logra superar la crisis.

A nivel social existe un marcado deterioro, ya que pueden pasar el mes que no sale de su casa y existe poco interés por hacerlo. El elemento favorecedor para la recuperación es su capacidad cognitiva, debido a sus conocimientos en cultura general, su constante actualización por medio de televisión, internet y libros, pues estos son los aliados que le ayudan a permanecer en casa de forma activa, refiriendo que de cierta forma ayuda a no tener la necesidad de salir de su casa. Y de cierta forma este aislamiento le impide cumplir con citas que pacta para ir a psiquiatría, ortopedia, odontología y todos los servicios a los que puede acceder para su recuperación.

A nivel de atención y tratamiento psicológico y de psiquiatría considera que no ha sido favorable, puesto que refiere “nadie da con el chiste” porque no ha podido establecer buena relación debido a que refiere recibir solo regaños por fumar, tomar pastillas y estar muy encerrado y porque nunca logro un buen seguimiento de su tratamiento lo que le genero dependencia, a pesar que asistió a consulta particular.

En general es un paciente con niveles de resentimiento hacia la institución que considera le dio todo y ahora lo mantiene abandonado, a su esposa por haberlo dejado cuando más la necesitaba y porque mantiene la responsabilidad de su déficit en su recuperación a la institución y personalmente no existe empoderamiento sobre esta.

Impresión Diagnóstica y Pronóstico

Paciente que se sospecha la presencia de un trastorno de estrés postraumático debido a la remisión y por las condiciones en las que se encuentra en el abordaje del caso, un trastorno residual de depresión debido al accidente en el que perdió su pierna derecha y le transformo su profesión, vida familiar y desarrollo personal. Paciente con debilidad en sus habilidades sociales, lo que le genera dificultad para mantener buenas relaciones sociales y estrategias de afrontamiento. Se considero que con buenas estrategias de atención psicológica se lograrían avances aunque se desconfiaba de su logro total en el corto y mediano plazo debido a paciente difícil y misma situación que vivencia.

Evaluación Multiaxial

Eje I Trastorno de Estrés Postraumático (Motivo de remisión)

Síntomas de Depresión

Trastorno relacionado con consumo de sustancias (Fármacos)

Eje II Rasgos de personalidad por evitación y dependencia.

Eje III Amputación de pierna derecha. (Herido de guerra).

Eje IV Otros problemas psicosociales y ambientales.

Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V 41 – En el momento de recepción del caso.

Análisis y descripción de las conductas problema

En el encuadre se logra establecer las dificultades que eran problemas para el individuo que son las expuestas y otras que fueron sugeridas, de esta manera se exponen las siguientes conductas problema:

1. *Automedicación*: que lo llevo a tener desorganización en su medicación, uso exagerado de pastillas de tramal y otros que generar dependencia. Mantiene con manos temblorosas, desorganización en el sueño normal, y afecta en general el estado mental y por tanto influye en todas las áreas de desempeño del paciente.
2. *Agresividad e impulsividad*: Evidentemente desde el primer acercamiento existen rasgos de agresividad y poca asertividad para mostrar hacer entender lo que piensa o siente a las personas que entraban en contacto con él, lo que le lleva a sulfurarse y actuar impulsivamente, obteniendo resultados negativos. se considera el segundo gran problema. Igualmente trabajando este factor se podría lograr que reconsidera la posición frente a la institución y que velara por sus derechos, de tal forma que hiciera los tramites necesarios para obtener su pensión y legalizar su

retiro de la institución como herido en combate para que le atendieran en el hospital con los servicios de salud y obtener su pensión.

3. *Dolor psicógeno*: El reporte de dolor constante y que no logra desaparecer desde el día del accidente, con varios niveles de intensidad. Dolor está asociado a con fenómenos naturales (día nublado, lluvioso), situaciones que llevan a plantear una triada cognitiva que se puede utilizar para cambiar las emociones debido a factores ambientales.
4. *Estructura familiar*: se considera el principal problema que hace que se mantenga en dificultades sociales, emocionales y poca evolución en la recuperación, en la primeras citas para hacer el encuadre siempre existió la queja presente por el abandono de sus esposa, la ausencia de figura de padre para su hija por el distanciamiento, pero con poca asertividad para buscar encuentros con su hija.
5. *Deterioro físico*: Partiendo de la premisa que la imagen corporal es indicio de cuidado hacia si mismo, en el paciente se observa serios problemas dentales a causa de su estilo y abuso de medicamentos, bajo peso corporal y descuido en su presentación personal.
6. *Ausencia de prótesis*: Dificulta el desplazamiento dentro y fuera de su lugar de residencia, evidencia baja adherencia a este tratamiento ya que cuenta con la prótesis pero no inicio el proceso de adaptación a esta, si bien es cierto que su estado físico antes del accidente nunca se va a recuperar, si por lo menos tener la adaptación de la prótesis lo ayudará a mejorar la imagen corporal, facilita la movilización de forma más independiente y por tanto mejora en todos los aspectos vitales de la persona y por tanto repercute en su calidad de vida. Se expone como el último problema debido a que tal vez es el más difícil de resolución debido a que se deben cambiar estilos de vida y percepciones al punto que la sienta como una necesidad, y debido a su estructura de personalidad y distancia en este asunto se evidencia que será difícil a lo mejor mientras el tiempo de la atención lograrlo.

Establecimiento De Las Metas Del Tratamiento

Las metas del tratamiento se establecen de acuerdo a los anteriores problemas, teniendo en cuenta el tiempo para la intervención, se trata de un caso difícil debido a que es un paciente poco colaborador, con una problemática acentuada en el tiempo, y que desde la psicología es mejor pretender unos objetivos alcanzables en el corto y mediano plazo, para luego pretender los mas difíciles en este caso el restablecimiento de una

prótesis debido al costo en el tratamiento y que para la institución a nivel de este considera ya cumplió y es responsabilidad del paciente no haberse recuperado.

La primera meta era acudir a consulta por psiquiatría, para restablecer un tratamiento formal con lógica y secuencia de tal forma que le ayudara a modular sus malestares y dependencia al término se logre la abolición de fármacos o por lo menos organización, disminución de frecuencia y cantidad de consumo. Igualmente ayudaría a la regulación del ciclo de sueño. Evitaría crisis como las que ocasionalmente generaba con alta ingesta de medicamentos, licor, tabacos y ante las cuales acudía personal del hospital o la psicóloga de brigada.

La segunda meta era lograr Conductas de Autocuidado, para lo que se llevo a que acudiera a consulta por odontología debido al aspecto deteriorado de los dientes, y con la modulación de tratamiento farmacológico normalizo su ciclo de sueño, también el apetito y empezó una alimentación más saludable, y de cierta manera contribuyo a mejor estado físico para salir de su casa a través del uso de sus muletas.

La tercera meta manejo de agresión e impulsividad: Debido a que se mostraba como un hombre agresivo e impulsivo con todas las personas que se relacionaba como sus familiares y amigos, y teniendo en cuenta su experiencia en el mundo militar, esta situación le acarreaban dificultades sociales, familiares debido a la poca asertividad para comunicarse, y favorecía que permaneciera aislado en su lugar de residencia, para lo cual fue necesario implementar estrategias que mejorar la asertividad al momento de comunicar noticia, preguntar, expresar inconformidades en general. La mejor estrategia fue el juego de roles, pues a través de este el paciente evidenciaba los errores que cometía en la comunicación y por tanto evidenciaba la necesidad de cambiarlos, Esto mejoro la relación con su madre y hermana que son las personas principales de fuente de apoyo.

La cuarta meta era entrenamiento comunicación asertiva: orientado al mejoramiento de la relación con su hija. Como ya se había entrenado en habilidades sociales específicamente en asertividad para comunicarse a través de juego de roles con el paciente, se aplico esta estrategia específicamente para conocer, evaluar y mejorar la relación con su hija; para obtener una adecuada comunicación y se dejara de lado el problema con su ex-esposa cuando lo incriminaba por la ausencia de un buen padre para ella, lo que le genera frustración y malestar emocional en la hija.

El logro de cada una de estas metas se considera en su conjunto un mejoramiento y la posibilidad de generar en el paciente la necesidad de buscar alternativas que le lleven a

empoderarse sobre la recuperación a través de la prótesis independiente de los obstáculos que se le presenten.

Estudio De Los Objetivos Terapéuticos

Se pretendió inicialmente hacer dos visitas domiciliarias debido a lo difícil del caso pues el paciente era reacio a recibir cualquier tratamiento psicológico, segundo estaba en un estado muy deteriorado a nivel personal, social, familiar y necesitaba demasiado soporte para empezar a cumplir lo pactado en el encuadre, además que la evolución era demasiado lenta, después se recurrió a lograr que las citas se hicieran semanalmente y de forma alterna la visita domiciliaria y la atención en la oficina de psicología como un mecanismo de responsabilidad sobre su recuperación al tiempo que ayudaba a salir de su casa de habitación.

Así que como objetivos se tenían:

Manejar adecuadamente los medicamentos psiquiátricos solo tomando los prescritos por el psiquiatra y cumplir a cabalidad con las citas y metas propuestas en las dosis.

Lograr el empoderamiento personal al paciente como único responsable de la recuperación independiente de los obstáculos encontrados en la institución.

Buscar que el paciente adelantara todos los procedimientos pertinentes para que se le reconociera como miembro del Ejército herido en combate, llegara su pensión de forma oportuna y se le brindara todos los servicios de salud que requiera de forma especial.

Adelantar citas de odontología, oftalmología, fisioterapia, ortopedia y las necesarias para mejorar su apariencia física empezar su recuperación física y el mejoramiento de su calidad de vida.

Entrenar en habilidades sociales - asertividad a través de juego de roles para disminuir la agresividad e impulsividad para con si mismo, su familia, miembros de la institución y especialmente con su hija que es el miembro central y generador de impulso para su vida.

Selección De Los Tratamientos Más Adecuados

Se intervino con estrategias cognitivas para lograr cada uno de los objetivos terapéuticos. Entre las estrategias utilizadas estuvieron:

Juego de roles: Fue la estrategia más valiosa puesto que colocaba al paciente en una situación en el que evidenciaba los errores que cometía y de cierta forma la responsabilidad que tenía sobre su estado, y la mejor forma de llevarlo a empoderarlo sobre la recuperación. En un principio fue difícil la implementación debido al sentimiento de culpa, desesperanza puesto que se trataba de un paciente difícil y en cualquier

momento podría negarse a continuar como cancelando citas, no cumpliendo con tareas por el esfuerzo que le costaba debido a que mostraba su hostilidad con razones poco fundamentas que pretendía mantener.

Reestructuración cognitiva: a través de ejercicios de ABC que el paciente rápidamente aprendió a dominar debido a su buen nivel intelectual. Para esta técnica fue difícil al principio debido a la negación de darse cuenta que todo lo malo que reportaba era un tanto exagerado respecto de las posibilidades, llevándolo a movilizarse de buscar a aprender otros idiomas al igual que lo llevaría a salir de la casa y conocer nuevas personas lo que mejoraría y colocaría a prueba sus relaciones sociales.

Humor: Lo describo como una técnica pues finalmente fue como logre iniciar las atenciones, desde la terapia lo considere importante desde un inicio pues rompía el esquema que traía con las malas experiencias de psicólogas, generaba una nueva imagen y se aprovechaba de este para hacerle ver la necesidad de la atención.

Aplicación De Los Tratamientos Y Seguimiento

El tiempo total de intervención fue de 8 meses, y el seguimiento continuo a lo largo de un año. Inicialmente se hicieron sesiones dos veces a la semana durante el primer mes, en estas 4 semanas se evaluó al paciente como difícil respecto de todo el grupo que se estaba interviniendo, luego pasaron a visitas semanales y luego 2 veces al mes, hasta el cierre alrededor de los 8 meses de tratamiento. En el año de seguimiento se evidenciaba la evolución en algunos aspectos como el social, recuperación física, el mantenimiento de otros, la recaída ocasional con algunos medicamentos, pero no de la forma que solía hacerlo antes del tratamiento. Evidentemente como se sospecho desde el inicio la mejora en la relación con su hija y debido a la necesidad personal del paciente de tener buena imagen para su hija, lo lleva cada vez más a hacer cambios para el bien propio.

Evaluación De La Eficacia y/o Efectividad De Los Tratamientos

Si bien es cierto que los resultados al final de la atención respecto a la recuperación física con la prótesis no se lograría completamente, por la resistencia del paciente al cambio, por ser paciente difícil y el último reporte que se tiene es que se incluyo como paciente de prueba en un proyecto de investigación donde se pretende construir una "prótesis inteligente" que llegue a ser más funcional respecto de las prótesis utilizadas convencionalmente.

Respecto a la evaluación para el juego de roles como técnica de intervención se puede decir que resulto ser la mas ilustrativa para obtener cambios en su expresión verbal y corporal que le llevo a mejorar las relaciones sociales y familiares.

Observaciones

La hipótesis que el mejoramiento en la relación con su hija influiría de forma positiva para la recuperación de aspectos familiares, sociales, adecuado tratamiento psiquiátrico, y en general la búsqueda de bienestar personal resulto cierta puesto que en su afán de mantener una imagen positiva a su hija lo lleva a movilizarse.

De todos los casos atendidos en esta investigación, este podría decirse fue el mas difícil, complicado y en el que queda una riqueza en la experiencia profesional inigualable debido a la exigencia y estado de alerta a cada uno de los detalles de tal forma que no se incurriera en actividades, comentarios que afectaran al paciente o llevara a perderse el rumbo en los objetivos.

Discusión

Los militares colombianos heridos en combate evidencia la muestra de patología mental configurada a partir de un evento traumático como lo es la perdida de una de sus piernas a causa de mina antipersonal que fue la característica principal de los casos intervenidos de esta forma se corrobora la teoría sobre los heridos de guerra que se encuentran en la literatura y que autores como Freddy y Hobfoll en 1995 describen sobre heridos de guerra a partir de los estudios con los veteranos de Vietnam.

En los militares entrevistados se preguntó por el “Debriefing” que es la estrategia que plantea el manual de psicología operacional como mecanismo de prevención y retroalimentación después de operaciones para evitar la aparición de síntomas mentales patológicos, y se obtuvo que de los cinco casos solo uno reporta análisis de los resultados luego de la operación que este encaminada a evaluar como se actúa mas allá de solo evaluar los resultados operacionales, una de las repuestas dadas es debido al cansancio y poco tiempo para hablar o se pierde el interés en la expresión o escuchar al otro sobre como se sintió, y consideran que dan mas esa importancia ahora que ya paso todo, como si ahora si hubiera tiempo de esperar dejando así de lado la posibilidad de extraer las conclusiones sobre la misma operación permitir a sus participantes presentar sus informes sobre la acción realizada y se analiza el comportamiento del grupo y de cada individuo a fin de mejorar futuras acciones similares.

Para una persona que ha sufrido un accidente tan grave, que le modifica completamente su vida, tal vez sucede lo que plantea Lazarus y Folkman cuando describen que es un proceso puede durar muchos años y caracterizarse por múltiples formas de afrontamiento y por la aparición de problemas emocionales, o bien por durar solo unos meses. De acuerdo a este planteamiento es por eso, que en militares heridos en combate han superado los malestares psicológicos más rápidos que otros y por tanto se pueden encontrar que en el paso de varios años del accidente no han logrado consolidar ni siquiera la recuperación física a través de prótesis funcional, mientras otros que todavía en recuperación médica ya han alcanzado la vinculación a otras actividades como el estudio.

Teniendo en cuenta que la jurisdicción de la quinta brigada cubre zonas como el Sur de Bolívar, El Catatumbo en Norte de Santander y el departamento de Arauca, zonas reconocidas por alta presencia de cultivos ilícitos, grupos al margen de la ley y campos minados, hace que se mantengan constante operaciones militares o ataques, que lleven a registrar heridos víctimas de campos minados o armas de fuego, y es precisamente donde eventualmente se recibe un herido amputado por mina en área de operaciones, durante la práctica en la institución se pudo conocer todo el proceso de evacuación de un herido helicoportado desde sur de Bolívar que fue el caso 5, y que debido a dificultades para su evacuación rápida y experiencia del enfermero de combate perdió su rodilla, lo que lleva a sentimientos de rabia debido a implicaciones de pérdida por encima de la rodilla para la recuperación. De cierta manera y a pesar que el herido consideraba ya habían pasado los peligros debido a sus 15 años de servicio y al batallón al que estaba asignado el accidente genera estado de shock pero que evidencia en evaluación e intervención psicológica excelente evolución a pesar de las circunstancias que le rodeaban.

Igualmente se puede decir que los pacientes que fueron atendidos oportunamente reportaron menor malestar emocional respecto de los casos que llevaban mas tiempo debido a su malestar en su núcleo familiar, y de esta forma se evidencia que es altamente importante contar o no con este apoyo de manera sana e incondicional.

Teniendo en cuenta que Botero (2004) expone la importancia del afrontamiento para situaciones como la amputación, se evidencia como cierta, pues se pudieron observar casos con tratamiento avanzado de recuperación (Uso de prótesis en menos de un año luego del accidente) y pacientes que llevaban mas tiempo en recuperación de acuerdo al afrontamiento que hacían de su problema.

Buendía y Mira (1993) considera algunos aspectos para las víctimas de los actos de guerra como: suceso imprevisible que genera frustración y de desintegración familiar, características más evidentes en el caso 1 expuesto.

Un hallazgo desde la experiencia clínica con los casos atendidos, es finalmente la incidencia fuerte de imaginarios sobre el cuerpo humano, su estética, vivencia de la sexualidad que argumentaban los pacientes y que de cierta forma se convertía en un problema para resolver debido a la edad, pues estaban entre los 23 y 25 años, edad en la que es normal el establecimiento de relaciones y por su condición física de amputado, uso de prótesis generaba impacto y angustia hacia el acercamiento amoroso por desconocer la reacción de la otra persona o pareja. Estas necesidades se asocian a pacientes con recuperaciones físicas ya casi finalizadas o cercanas a culminar, pues han dejado de lado la queja del accidente, se mantienen en funcionalidad con uso de prótesis y han logrado volver a retomar actividades como estudiar o trabajo.

Conclusiones

Parece imposible hacer entender a los actores armados ilegales en conflicto lo degradante del uso de minas anti-persona en el mundo debido a las consecuencias catastróficas para quienes las padecen directamente como para sus familias y la sociedad en general, mientras tanto no queda más que generar la necesidad de hacer intervenciones de prevención en el padecimiento de estrés postraumático en los hombres del Ejército Nacional de Colombia, y una de estas puede ser el no dejar pasar por alto las técnicas específicas para esta población y que tienen diseñadas como son el Debriefing. Igualmente para los casos nuevos de heridos en combate la atención psicológica lo más pronto luego de sufrido el accidente puesto que un elemento que se evidenciaba era la tranquilidad que el psicólogo daba al paciente con el solo abordaje de este, acompañamiento en la situación puesto que esto generaba respaldo para superar la crisis, y por supuesto la prevención de desencadenar trastornos psicológicos mayores.

A pesar que el grupo de heridos en combate oscila entre 30 militares por diferentes causas no cuenta con un profesional de salud mental permanente y solo se limita a demandas esporádicas de parte del hospital, aunque una estrategia del mismo grupo es el apoyo uno a otro en momentos de crisis, se atendieron las personas amputadas puesto que se percibían como las más vulnerables entre el grupo debido a la misma implicación físicas y de recuperación, pero se plantea la necesidad de un profesional a través de la presentación de este trabajo y sus logros al igual que la evaluación que los participantes hicieron de este.

La práctica generó experiencia enriquecedora específicamente a la exigencia para hacer la atención y proceso con el paciente expuesto en el caso 1 debido a que tenía todas las esferas de vida con grado de deterioro lo que dificultaba a veces ayudar a despejar el camino y plantear objetivos y cumplir metas, pero que deja importancia de la flexibilidad y creatividad a la hora de abordar situaciones difíciles y que implican riesgo como la manipulación de armas en estado alterado de conciencia y que podría ocasionar una tragedia, suicidio o agresión.

En el inicio de las intervenciones se evidenció la importancia de hacer un buen encuadre, de ser claro en los planteamientos y buscar actuar desde la necesidad del paciente remitido, no generar falsas expectativas, contar con la aprobación de paciente para el tratamiento e ir en la marcha y avances que el paciente planteaba sin llegar a ser poco directivos como lo plantea la terapia cognitiva pero tampoco sin llegar a agredir las intenciones y objetivos del paciente. Al final de todo el proceso la satisfacción del deber cumplido por los objetivos alcanzados y el afianzamiento como psicóloga clínica, gracias al apoyo y seguimiento de la práctica clínica por parte de la Dra. Amparo Durán en cada una de las asesorías y de los casos específicos respecto de la forma de abordaje y la estrategia implementada.

Recomendaciones

Para la institución la necesidad de trasladar un profesional de salud mental específicamente para esa población de esta manera se genera más cercanía de los heridos en combate con la institución dejando ideas de abandono por la carencia de escucha, comprensión y necesidad de atención para resolver sus problemas emocionales, de esta forma se contribuye a mejor salud mental de la misma institución y por tanto de la sociedad en general, que es donde ellos egresan una recuperan físicamente del accidente.

Para la universidad, la sugerencia que la práctica debería ir haciéndose en el transcurso de la misma especialización, de esta manera los conocimientos, técnicas y estrategias de intervención son vividas con retroalimentación de mismos compañeros de estudio, además que facilita el desarrollo de la misma debido a la demanda de tiempo que genera una vez se han culminado los módulos presenciales.

A las personas interesadas en aportar intervención mediante la práctica clínica para estos hombres con tantas necesidades que acuden a la institución que seguramente le abrirán las puertas para el beneficio mutuo.

Bibliografía

- APA. (2002) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSMIV TR- Editorial Masson. España
- Báguena, MJ (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*. Vol. 13, n° 3 pp. 479-492.
- Bobes, J. Bousoño, M. Calcedo, A. y González, MP. (2000) Trastorno de Estrés Postraumático. Barcelona: Masson.
- Botero, C. (2004) Efectividad de una intervención Cognitivo Conductual para el Trastorno de Estrés Postraumático en Excombatientes Colombianos.
- Buendía, J. Mira, JM. (1993) Estrés, Desarrollo y Adaptación. En: *Estrés y Psicopatología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Comando General de Las Fuerzas Militares de Colombia - FFMM (2004). Guía de Manejo Interdisciplinario de Prevención e Intervención del Trastorno por Estrés Postraumático en las fuerzas Militares. Dirección general de Sanidad Militar.
- Oficina de Atención al Herido: Una opción de vida para los militares (2008). Informe Especial: pp. 6A, En: Ejército Nacional de Colombia, Periódico Institucional: Diciembre de 2008.
- Fernández-Ballesteros, EC. (2005) Psicología Criminal en la práctica pericial forense. En *Psicología Criminal*. En: *Psicología Criminal*. Madrid: Editorial Pearson –Prentice Hall.
- Martin, JM. Ochotorena JP. (2004) Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*. Vol. 16, n° 1 pp. 45-49.
- Mckay, M. Davis, M. Fanning, P. (1985) Técnicas Cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Muñoz, M y Bermejo, M (2001) Entrenamiento en inoculación de estrés. Madrid: Editorial Síntesis.
- Lazarus, R. (2000) Estrés y Emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: Descleé De Brouwer.
- Lazarus, R y Folkman, S. (1986) Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Uribe, F. (2006) Endocrinología del estrés. pp. 148-153. En revista: *Acta médica colombiana*. Vol. 31 n° 3. Junio – Septiembre de 2006.
- Martin, JM. Ochotorena, J (2004) Trastornos por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas.

- Martorell, B. Daniel, M. (2003) Intervención Psicológica En Pacientes Amputados. En: El Psicólogo en el ámbito hospitalario. España: Desclée de Brouwer.
- Muñoz, M. Roa, A, Pérez, E. Santos-Olmo, AB, De Vicente, A. (2002) Instrumentos de evaluación en salud mental. Editorial Pirámide.
- Taborda, L. (1977) Principios de Semiología Psiquiátrica. Departamento de Psiquiatría. Bogotá: Facultad de Medicina. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.
- Sanz, J. Vásquez, C. (1998) Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. On line: Psicothema, Vol. 10, nº 2, pp. 303-318. Recuperado: 6 de febrero de 2009 en: <http://www.psychothema.com/pdf/167.pdf>

ANEXOS

Consentimiento Informado

Yo _____ Unidad: _____ Cédula: _____

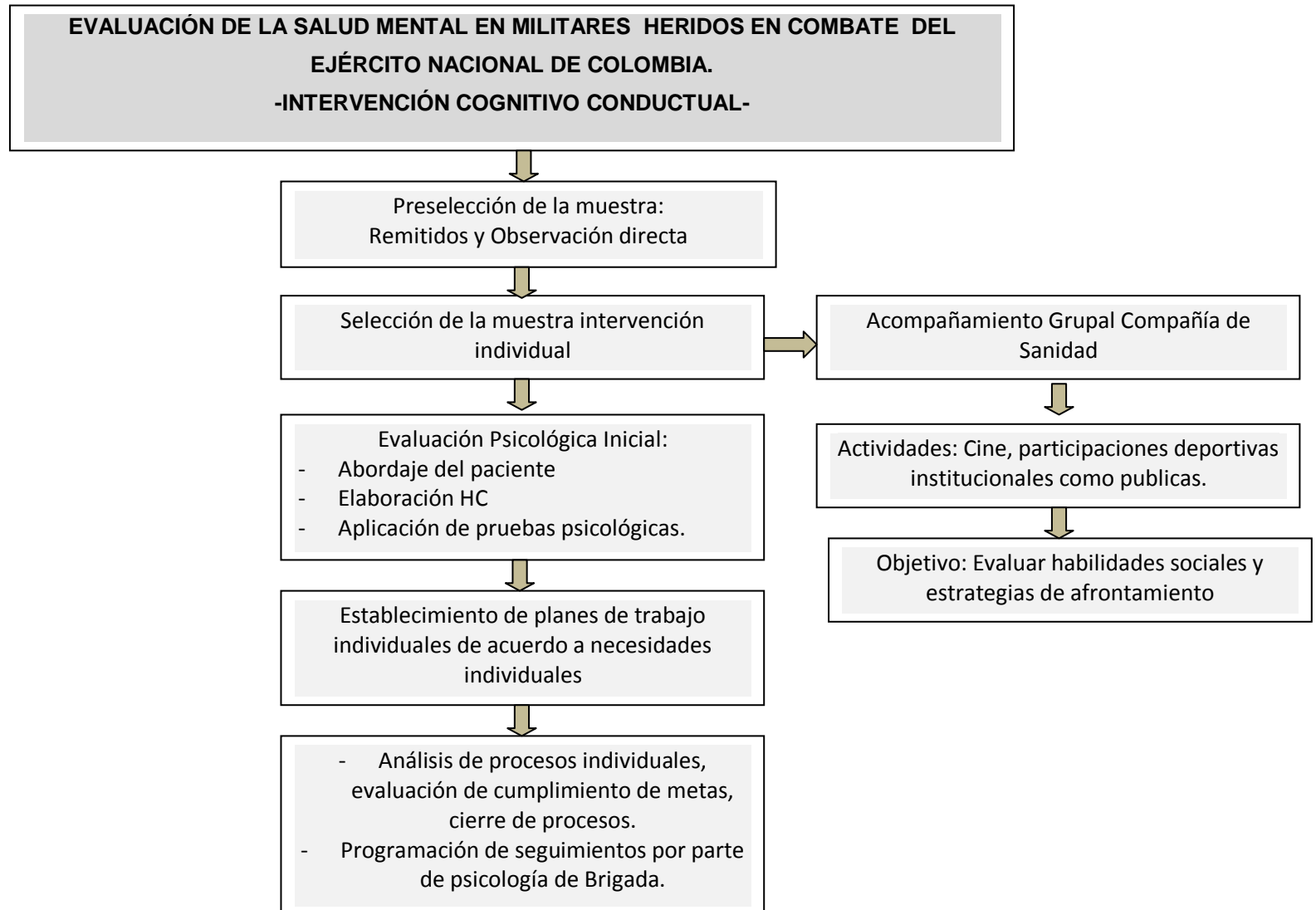
Acepto participar como paciente del proceso de intervención individual para la práctica como requisito de grado que hace EDEL MERY CORREA DUARTE estudiante de Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana Que Tiene Por Título “Evaluación De La Salud Mental En Militares Heridos En Combate Del Ejército Nacional De Colombia -Intervención Cognitivo Conductual”.

Se me ha informado que en el proyecto van a participar militares heridos en combate debido a mina antipersonal y que tiene amputación de miembro inferior, que la participación es voluntaria, que pretende apoyar el proceso de recuperación desde la intervención psicológica a través de la evaluación e intervención de las problemáticas psicológicas presentes. Se me ha dado la seguridad de que no se identificará en ninguna de las publicaciones que se deriven del estudio. En el transcurso de las intervenciones y a consideración personal se puede abandonar el proyecto.

Firma.

ANEXO 1

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN



ANEXO 2

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

N° HC: ___ FECHA: _____

1. DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre: _____ CC: _____ Unidad: _____
 Grado: _____ Escolaridad: _____ Procedencia: _____
 estado civil: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Tiempo en la institución: _____

Remitido: Sí ___ No ___ Fuente de remisión y motivo:

2. MOTIVO DE CONSULTA: _____

3. ENFERMEDAD ACTUAL: (síntomas que obligan a recibir tratamiento psicológico / psiquiátrico) _____

4. HISTORIA PERSONAL RELEVANTE: (Recuento cronológico de aspectos importantes en la infancia, niñez y adolescencia. Historia amorosa, desempeño laboral) (Eventos precipitantes o situacionales, factores predisponentes: adquisición y mantenimiento de actual síntomas o problemáticas) _____

5. HISTORIA FAMILIAR: (relaciones familiares, red de apoyo, intercambio afectivo) _____

6. ANTECEDENTES: (complemento puntual al apartado historia personal y familiar en cuanto a antecedente de enfermedad mental, y trastornos físicos importantes. situaciones traumáticas, consumo de sustancias psicoactivas).

7. INFORMACION EDUCATIVA: (Desempeño, áreas de satisfacción y/o deficitarias, grado de instrucción) _____

8. ACTIVIDADES SOCIALES: (Grupo de amigos, grado de interacción, nivel de satisfacción)._____

9. DESCRIPCION DEL EXAMEN MENTAL: _____

10. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: _____

11. HIPOTESIS DX: (Que desencadeno la problemática del consultante, como se manifiesta)

12. PRONÓSTICO: _____

13. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN: _____

14. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS: _____

15. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN: _____

16. HALLAZGOS PERTINENTES (Que espera el paciente del terapeuta, motivación respecto a la evaluación psicológica y deseo de cambio y mejoría y/o remisión a psiquiatría):_-

NOMBRE DEL TERAPEUTA

**ANEXO 3
INFORME DE SESION INDIVIDUAL**

N° DE INFORME: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

1. OBJETIVO DE LA PRESENTE SESIÓN:

- _____
- _____

2. AGENDA:

- _____
- _____

3. RETROALIMENTACION DE LA SESION ANTERIOR

4. RETROALIMENTACION DE LA SESION ANTERIOR:

5. EVENTOS SIGNIFICATIVOS DE LA SEMANA ANTERIOR

6. DESARROLLO Y TEMAS TRATADOS EN ESTA SESION

7. TAREAS Y EJERCICIOS PARA LA SIGUIENTE SESION

8. COMENTARIOS SOBRE LA FORMULACION O MODIFICACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO:

9. OBSERVACIONES

10. OBJETIVOS DE LA PROXIMA SESION:

NOMBRE DEL TERAPEUTA