

Experiencias traumáticas y sus consecuencias sobre las personas

Dr. Alvaro D'Ottone

Médico Psiquiatra. Ex Profesor Adjunto de Clínica Psiquiátrica.
Facultad de Medicina. Universidad de la República.
Montevideo, Uruguay.



Resumen. Experimentar un traumatismo psíquico significa verse expuesto a una situación con dolor psíquico intenso y que no siempre la persona podrá "metabolizar" adecuadamente.

En el presente artículo se analizan los cuadros clínicos que se agrupan actualmente como "trastornos relacionados con traumas y factores de estrés" en el DSM-5 y los cuadros correspondientes en el CIE-10, describiendo sus características y posibilidades terapéuticas.

Se destaca la importancia de incluir en la anamnesis la detección de eventos traumáticos, que no siempre los pacientes comunican espontáneamente, así como detectar quejas somáticas o emocionales difusas que evidencien uno de estos trastornos.

Abstract. A psychic trauma means to be exposed to a situation in which intense psychic pain may be present, and that the person will not always be able to "metabolize" properly.

In this article we analyze the clinical situations that are currently grouped as "disorders related to traumas and stress factors" in the DSM-5 and the corresponding in the ICD-10, describing their characteristics and therapeutic possibilities.

We highlight the importance of including in the anamnesis the detection of traumatic events, which patients do not always communicate spontaneously, and also to detect somatic or diffuse emotional complaints evidencing one of these disorders.

Palabras clave: trastorno de estrés agudo, trastorno de estrés postraumático, burnout médico.
Key words: acute stress disorder, post-traumatic stress disorder, medical burnout.

Introducción

Décadas atrás se solía hablar de "reacción" como el proceso por el cual, como consecuencia de una situación traumática o estresante, puntual o prolongada, se generaba un cuadro clínico clásico -tal como una psicosis o un trastorno del ánimo-.

Se hablaba entonces de "reacción paranoide", "reacción depresiva", etc. O sea, el sustantivo "reacción" se adjetivaba con el formato del síndrome clínico.

Con el tiempo, este enfoque que ponía en primer plano el hecho supuestamente etiológico, dio paso a otra conceptualización: los síndromes psiquiátricos pasan a ser descritos en su fenomenología, es decir en su estructura sintomática y en lo que cada uno expresa en tanto **déficit** de las funciones psíquicas.

El síndrome es lo sustantivo; como en el resto de la medicina, el paso siguiente es preguntarse por la causa y por los detonantes.

E-mail: doto@netgate.com.uy

Así, por ejemplo, un episodio depresivo puede obedecer a una alteración estructural del cerebro (*tumor frontal, encefalopatía vascular*) o a disfunciones de las redes neuronales que por ahora no estamos en condiciones de comprender. Ello es lo que ocurre en el trastorno depresivo mayor, diagnóstico que implica la exclusión de causas neurológicas y demás causas médicas; pero en cualquiera de los casos, situaciones ambientales (*los llamados estresores*) pueden haber jugado un papel en el desencadenamiento, mantenimiento y/o falta de respuesta a la terapéutica.

Algunos cuadros clínicos, sin embargo, dan la clara impresión de que no estarían presentes si no hubiera ocurrido previamente una noxa ambiental, una circunstancia en el entorno de la persona que produjo una ruptura del equilibrio psíquico.

Estos cuadros se agrupan actualmente como "trastornos relacionados con traumas y factores de estrés" en el manual de diagnóstico más utilizado internacionalmente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, quinta edición, 2013 ("DSM-5")⁽¹⁾.

Los referidos cuadros incluyen 5 entidades clínicas:

- Trastorno de estrés agudo,
- Trastorno de estrés postraumático ("TEPT"),
- Trastorno adaptativo,
- Trastorno de apego reactivo,
- Trastorno de relación social desinhibida.

Los dos últimos son propios de la infancia, mientras que los tres primeros pueden registrarse a cualquier edad.

A su vez, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, décima edición (CIE-10)⁽²⁾, en lugar del trastorno de estrés agudo, propone un síndrome que llama "Reacción a estrés agudo", y que a nuestro juicio traduce una realidad clínica diferente, por lo cual también incluiremos su descripción.

La CIE-10 expone los trastornos de estrés postraumático y adaptativo, con igual denominación que el DSM-5, y descripciones análogas a las de este. Los dos trastornos propios de la infancia, están aproximadamente representados en ella en el capítulo de psiquiatría infantil, con los nombres de trastorno de vinculación de la infancia reactivo y trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.

Pero antes de describir las entidades, reveamos los conceptos subyacentes.

La palabra **trauma** es de raíz indoeuropea ("treā") que significa atravesar o agujerear. En griego, τραῦμα significa "herida".

En medicina, "sufrir un traumatismo" es recibir una dosis repentina y excesiva de energía (*en particular, mecánica*) que altera la estructura o la función corporal. En relación a lo mental, sufrir un traumatismo psíquico significa verse expuesto a una situación que, por su connotación negativa y su intensidad, exigirá un modo de procesamiento en que el dolor psíquico intenso no estará ausente, y que por otra parte no siempre se podrá "metabolizar" adecuadamente.

Estrés

Desde los trabajos clásicos de Hans Selye⁽³⁾, la fisiología y la medicina tomaron nota que las agresiones a la homeostasis del organismo encuentran en el estrés un "programa" de respuesta preestablecido, que permite la adaptación, pero que tiene costos en la economía psíquica y física.

Así, "estrés" alude a la noxa, pero también a su respuesta (*respuesta o reacción de estrés*).

Tal reacción implica cambios fisiológicos ante trauma agudo o peligro de trauma. El eje de la respuesta es la **preparación para el combate o la huida**, a través de la descarga adrenérgica y la respuesta suprarrenal. Estas determinan cambios:

- **Psíquicos:** miedo, focalización de la atención.



Figura 1

- **Orgánicos:** cardiovasculares, respiratorios, inmunitarios (*los linfocitos tienen receptores adrenérgicos, en densidades variables*).

La *respuesta aguda de estrés* establece una nueva homeostasis, adaptativa y transitoria. Pero la continuidad de la situación estresante (*por presencia real o por reviviscencia*) genera una *cronificación* de la nueva homeostasis, llamada carga alostática (*ver figura 1*).

La hiperactividad crónica de los sistemas adrenérgico y suprarrenal, reconfiguran el estado cerebral, cardiovascular e inmunitario.

En particular, la estimulación corticoidea crónica del hipocampo condiciona pérdida neuronal. Esto se ha demostrado en personas con depresión crónica, y en veteranos de guerra con trastorno de estrés postraumático. Posiblemente el mecanismo sea por inhibición de la captación de glucosa, lo cual torna a las neuronas más vulnerables a la acción de radicales libres.

Tres trastornos psiquiátricos incluyen en su nombre el término "estrés":

- Reacción de estrés agudo (CIE-10),
- Trastorno de estrés agudo (DSM-5) y
- Trastorno de estrés postraumático (DSM-5 y CIE-10).

En los tres, los agentes desencadenantes son situaciones traumáticas súbitas y graves.

Todas las personas experimentan traumatismos emocionales: duelos, pérdidas, frustraciones y agresiones, son los más comunes.

Es muy difícil establecer qué es normal y qué no lo es, en la respuesta inicial a los traumatismos psíquicos. Edad, sexo, situación de vida, y especialmente pautas culturales son variables a tener en cuenta. Sin embargo, la mayoría no desarrolla un trastorno ulterior. Habitualmente, el procesamiento emocional exitoso de un hecho traumático, pasa por una serie de etapas.

En la **fase inmediata**, o fase de impacto, la persona permanece embotada durante los primeros días; puede experimentar alguno o varios de los siguientes tipos de reacción: miedo a que vuelva a ocurrir el suceso, embotamiento mental, confusión y negación de que el hecho haya ocurrido.

Luego, en la llamada **fase de crisis**, pueden alternar síntomas de negación, estado de hiperalerta, síntomas físicos como fatiga, mareo, cefaleas o náusea, y síntomas

psíquicos como rabia, irritabilidad, repliegue social o apatía; suele existir enojo contra aquellos que se siente que podrían haber dado una respuesta de protección o evitado el daño. Esto último puede recaer incluso sobre el ser querido que fue la víctima de ese daño.

Posteriormente aparecen *autorreproches, tristeza, y abatimiento*. Finalmente el suceso traumático queda integrado a la historia personal como un hecho doloroso, pero el individuo deja de estar centrado en lo ocurrido.

Este procesamiento "normal" de un evento traumático grave puede sin embargo no ocurrir en algunas personas; se constituyen en estos casos los cuadros clínicos del *trastorno de estrés agudo y/o el trastorno de estrés postraumático*.

La vulnerabilidad al estrés tiene condicionantes genéticas; por ejemplo, se conoce que los alelos "l" o "s" del gen del transportador de serotonina, parecen conferir mayor o menor resiliencia, respectivamente, al desencadenamiento de episodios depresivos tras exposición a estrés.

La vulnerabilidad también se relaciona a las capacidades de afrontamiento ligadas al tipo de personalidad, a la historia de vida, y a factores situacionales como debilidad o agotamiento.

En el trastorno de estrés, ya sea agudo o postraumático, se entiende que el agente traumático es de gran envergadura; según el DSM-5 la persona puede haber experimentado sobre sí misma una amenaza de muerte, o también (*de hecho o como amenaza*) lesión grave o violencia sexual. También puede no haber sido víctima directa, sino haber sido testigo de muertes violentas, lesiones o violencia sexual; o puede haber tenido la noticia de que tales hechos han ocurrido a un ser querido; o estar expuesta repetidamente a detalles repulsivos del suceso.

Se considera que tales hechos causarían por sí mismos malestar intenso en casi todas las personas. La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) es más laxa en la definición de "suceso traumático" y lo expresa así: "...un acontecimiento súbito y devastador, físico, psíquico, patrimonial, etc."

Reacción de Estrés Agudo (CIE-10)

Es la clásica "crisis nerviosa" o "estado de shock". Como se verá, algunos de los síntomas que se describen están incluidos en la descripción que hacíamos más arriba del procesamiento normal de un hecho traumático. En el trastorno, los síntomas aparecen de inmediato o al poco rato del suceso; y el curso es breve, mejorando en pocas horas cuando es posible apartar a la persona de la circunstancia estresante, y si por el contrario esta es continua o irreversible, los síntomas comienzan a

apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

En el inicio ocurre a menudo un estado de embotamiento, con estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos, desorientación, y hasta estupor disociativo (*es decir, una incapacidad de responder verbal o conductualmente a estímulos, que no es causada por alteración neurológica o psicosis*).

También puede registrarse agitación e hiperactividad (*reacción de lucha o de huida*), tensión, temor, desesperación o aislamiento.

Son comunes los signos vegetativos propios de las crisis de pánico, como taquicardia, sudoración y rubor.

Trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático (DSM-5)

La preposición "de" intenta dar conexión a las palabras que en el nombre inglés del trastorno simplemente se presentan juntas: Acute Stress Disorder, Post-traumatic Stress Disorder.

La elección por el traductor oficial de esa preposición también podría haber sido "por", dado que estos trastornos tienen en su definición la condición sine qua non de ser detonado por un hecho traumático. Además, tal vez habría sido más claro que en el original se los hubiera denominado con un término en común, como trastorno postraumático o trastorno por estrés, diferenciándolos por la duración en transitorio y persistente, dado que ese es el elemento diferenciador fundamental entre ambos.

Un suceso traumático puede desencadenar cualquier tipo de trastorno mental agudo; estos incluye confusión mental; episodios delirantes agudos; episodios depresivos y maníacos; crisis de pánico; crisis hístico-ansiosas, incluyendo desmayos, crisis pseudoconvulsivas, crisis disociativas, gestos suicidas (*desde la mera verbalización, pasando por una acción neutralizable por otros, hasta un intento contundente de autoeliminación*); autoagresiones (*cortes, golpearse*); consumo masivo de alcohol, o ataques de furia, con amenazas, agresión física o verbal a otras personas, o rotura de objetos.

Sin embargo, cuando se habla de trastornos de estrés (*agudo o postraumático*) se hace referencia a un síndrome específico, compuesto por varios grupos de síntomas:

- **Síntomas de intrusión:** es la irrupción incoercible de vivencias relativas al hecho traumático: se lo revive ya sea como recuerdo, como sueños, o incluso como si estuviera ocurriendo en este momento; asimismo, si la persona toma contacto con algo que simboliza o se parece al acontecimiento vivido, se comprueba una respuesta emocional y fisiológica como la del

momento traumático (*taquicardia, disnea, malestares vegetativos*).

- **Síntomas de evitación:** es el esfuerzo por evitar los síntomas de intrusión (*negándose a evocar el hecho vivido, o eludiendo los recordatorios externos*).
- **Síntomas de alerta:** hipervigilancia, tendencia a sobresaltarse, irritabilidad, insomnio, distractibilidad.
- **Alteración anímica:** fundamentalmente, incapacidad de disfrutar situaciones placenteras, pero también desconfianza, miedo, enojo, vergüenza o culpa.
- **Síntomas disociativos:** la persona no está psicótica, pero experimenta sensaciones extrañas, como por ejemplo, que el momento actual no es real, o que percibe al entorno como si estuviera en otro lugar. También puede implicar alteraciones o ausencias, fragmentarias o completas, del recuerdo del hecho traumático, no tratándose de una amnesia de base orgánica.
- **Interpretación distorsionada** de la causa o las consecuencias del hecho traumático, con inculpación inadecuada a sí mismo o a terceros.
- **Síntomas conductuales** (*agresividad verbal o física, comportamiento imprudente o autodestructivo*).

El trastorno de estrés agudo se presenta en general de inmediato tras el suceso traumático; y su carácter de "agudo" está dado por su corta duración: más de 3 días pero no más de 30.

En cambio, *si dura más de un mes, se diagnostica trastorno de estrés postraumático (TEPT)*. En algunas ocasiones, este puede tener expresión retardada, y aunque algunos síntomas estén presentes desde el principio, el síndrome completo puede desarrollarse largos meses después.

Como es obvio, la presencia del síndrome postraumático implica un sufrimiento intenso y una clara interferencia con las actividades habituales de la persona (*se ha demostrado alteración o empobrecimiento de las relaciones interpersonales, ausentismo laboral, disminución de los ingresos, y alta utilización de servicios médicos*).

La consecuencia más temible es la aparición de *impulsos o planes suicidas*, que pueden concretarse en intentos severos de autoeliminación o suicidio consumado.

En un estudio chileno⁽⁴⁾ se investigó con qué frecuencia el haber sufrido un hecho traumático generaba un TEPT. El suceso que tiene más probabilidad de generarlo es haber sufrido una violación (*se genera TEPT en el 65% de los hombres que la padecieron y en el 46% de las mujeres víctimas*). El abuso sexual sin violación genera TEPT en un 12% y un 27% de los casos, en cada género.

Las mujeres asaltadas sufrirán TEPT en un 22%, mientras que los varones en un 2%.

El segundo lugar en probabilidad de desarrollar el trastorno es para la participación en una guerra; aquí

Edenred

Consulte por planes especiales para empresas de la salud.

Más ventajas

Empresa	Beneficiarios
+14%	+27%
Ahorro de costos laborales (anual mensualizado).	Aumento de poder de compra mensual. Ley 16.713.
	+9 PUNTOS
	Devolución de IVA Ley 17.934

Descargá la App EdenredUY www.edenred.com.uy | 2408 80 80

Ticket Alimentación Edenred **Ticket Restaurant Edenred**

el dato se refiere sólo a varones, y es del 39%. Debe recordarse que la primera situación en que la medicina debió ocuparse de lo que hoy llamamos trastornos de estrés, fue en los frentes bélicos, donde se denominaba "neurosis de guerra".

La muerte súbita de un ser querido provoca TEPT, promedialmente, en un 14% de las personas. En otros traumatismos (*participar de un accidente potencialmente grave, desastres naturales, ser testigo de violencia, enterarse de un hecho grave ocurrido a seres queridos*) el porcentaje es inferior al 10%.

No tenemos datos de prevalencia de eventos traumáticos a lo largo de la vida. Un estudio de 2003, también realizado en Chile⁽⁵⁾, entre pacientes internados en 4 hospitales generales, encontró que con respecto a hechos traumáticos vividos en la infancia, 45% no recordaban haber sufrido ninguno, pero el 55% respondieron afirmativamente, siendo un 16% los que recordaban 3 o más eventos.

Este elevado porcentaje de personas reconociendo haberlos padecido ¿puede indicar que la probabilidad de estar internado por enfermedades médico-quirúrgicas es mayor en quienes han sido víctimas de trauma psíquico en la infancia? o ¿es un indicador más o menos fidedigno de cuán expuesta está la población infantil a estos sucesos? No sabemos la respuesta.

En el mismo estudio, entre quienes recordaban eventos, la mayoría de estos se repartía en partes iguales en 4 tipos:

- estar separado por más de un mes de los padres;
- haber recibido fuertes castigos físicos;
- haber presenciado violencia física entre los padres y
- abuso de alcohol o drogas por parte de los padres.

Entre quienes habían padecido 3 o más eventos traumáticos infantiles, el 64% padecía TEPT.

Trastorno de estrés postraumático en la infancia

Puede tener algunas características propias. Se debe recordar que el niño está más expuesto que el adulto a sucesos traumáticos repetitivos (*maltrato, abuso sexual*) y tiene menor capacidad de comunicar.

Los niños pequeños pueden tener pesadillas sin presencia en ellas del hecho traumático.

El trauma puede no verbalizarse pero se halla presente en el juego, directa o simbólicamente.

Puede manifestarse a través de un carácter sombrío o irritable.

La evitación puede manifestarse:

- en niños pequeños: como restricción del juego o las conductas exploratorias,

- en escolares: poca participación en actividades nuevas,
- en adolescentes: evitación de oportunidades de desarrollo (*citas, conducción de vehículos*).

Trastornos infantiles relacionados con trauma en el DSM 5

Trastorno de apego reactivo

El *Reactive attachment disorder* se diagnostica cuando se presentan las características siguientes en relación hacia los padres o cuidadores adultos:

- el niño raramente busca consuelo cuando siente malestar,
- el niño raramente se deja consolar cuando siente malestar.

Estas características se acompañan de una alteración social y emocional persistente, que se expresa en una reacción social y emocional mínima a la presencia y acercamiento de las personas; escasos afectos positivos (*alegría, entusiasmo, agradecimiento, curiosidad*) y episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicado, incluso durante las interacciones no amenazadoras con los cuidadores adultos.

Trastorno de relación social desinhibida

El *Disinhibited Social Engagement Disorder* se caracteriza por dos o más de las características siguientes:

- Reducción o ausencia de reticencia para aproximarse e interactuar con adultos extraños. Es decir, carece de un mecanismo que defiende al niño de eventuales abusos.
- Disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.
- Comportamiento verbal o físico con otras personas, demasiado familiar, que no concuerda con lo aceptado culturalmente ni con los límites sociales apropiados a la edad.
- Recurre poco o nada al cuidador adulto después de un hecho de riesgo, incluso en contextos extraños.

En ambos trastornos infantiles, lo traumático no es un hecho específico, sino la insuficiencia severa del cuidado recibido.

En estos pacientes no han sido cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos; o han ocurrido cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable.

Suelen desarrollarse en contextos con escasa oportunidad de establecer un apego selectivo por un cuidador específico. Ocurre, por ejemplo, en instituciones con un número elevado de niños por cuidador.

Ambos trastornos son los extremos opuestos de una alteración en el grado de proximidad, confianza y apertura que se espera de un niño en relaciones a las figuras parentales o sus subrogados, y a los adultos en general.

Trastornos de adaptación

Estos trastornos probablemente constituyan la situación más frecuente, en atención primaria y en medicina general, donde una persona expresa en la consulta, espontáneamente o a poco que se la interroga, un sufrimiento relacionado a una circunstancia de vida.

El paciente relata que ha ocurrido un cambio biográfico significativo, o un acontecimiento vital estresante. Tales cambios o acontecimientos suelen ser: *fallecimiento o alejamiento de seres queridos; rupturas sentimentales; pérdida de empleo o del status económico previo; contraer una enfermedad física; emigración; pérdida de roles sociales o laborales (como ocurre a algunas personas al jubilarse)*.

A punto de partida de la nueva situación, se establecen una serie de **síntomas depresivos, ansiosos y/o conductuales**, que generan cierto grado de deterioro funcional.

En estos casos, los síntomas de cada serie no están presentes en número o intensidad suficiente para diagnosticar un trastorno clásico (*por ejemplo, episodio depresivo, o trastorno de ansiedad generalizada, o personalidad antisocial*).

La persona puede presentar:

- sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente,
- cierto grado de deterioro funcional,
- humor depresivo,
- ansiedad, miedo o preocupación excesivos,
- alteraciones conductuales tales como manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia,
- en niños: enuresis secundaria, lenguaje regresivo, succión del pulgar,
- en adolescentes: conductas disociales.

A esta enumeración que realizan los textos, nos permitiríamos agregar las múltiples **somatizaciones**, como cefaleas, contracturas, palpitaciones, disnea, disfunciones digestivas, alteraciones menstruales, que suelen ser los síntomas que llevan al paciente a la consulta médica.

El cuadro clínico del trastorno de adaptación suele comenzar en el mes posterior al cambio biográfico o acontecimiento estresante, y generalmente remite en menos de 6 meses. Pero no es infrecuente el trastorno adaptativo a forma depresiva prolongada.

Repetimos que no se diagnosticará trastorno de adaptación si la intensidad sintomática permite formular el diagnóstico de episodio depresivo o de trastorno de ansiedad.

Las presentaciones clínicas dan lugar a la subclasificación de los trastornos de adaptación en:

- a predominio ansioso;
- a predominio depresivo breve;
- a predominio depresivo prolongado;
- a predominio de síntomas conductuales o
- mixto.

Burnout médico

Aunque no figure en los manuales de clasificación, nos parece de interés para todos los colegas incluir en este artículo una figura clínica vinculada a cuán estresante o traumático puede resultar el trabajo médico.

El "Burn Out" (*síndrome de desgaste profesional; profesional quemado*)⁽⁶⁾ es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, originado fundamentalmente en el entorno laboral.

Es más frecuente en profesiones de contacto directo e intenso con la gente:

- personal de salud,
- educadores,
- trabajadores sociales

Fue descrito por Freudenberg en 1974. Consiste en una pérdida progresiva de energía, que afecta a quienes ejercen profesiones de ayuda, produciendo modificaciones en la conducta.

Maslach y Jackson en 1981 definieron sus tres dimensiones características:

- cansancio emocional (*pérdida de recursos emocionales para afrontar el trabajo*),
- despersonalización (*en el sentido de deshumanización: desarrollo de actitudes negativas y cinismo hacia los receptores del servicio*),
- disminución de la realización personal (*tendencia a evaluar el propio trabajo de una forma negativa, con baja autoestima profesional*).

Todo ello precipita en una conducta conflictiva (en el trabajo y en el hogar):

- ausentismo laboral,
- distanciamiento afectivo,
- sarcasmo,
- irritabilidad,
- reivindicaciones inadecuadas,
- desconfianza en pares, en subordinados y en autoridades y
- consumo (*tabaco, alcohol, sedantes, drogas ilegales*).

Es característica la poca conciencia que el afectado tiene de su propio trastorno.

Como era de esperarse, el cuadro suele tener repercusiones somáticas: insomnio, cefaleas, pérdida de peso, hipertensión, síndromes coronarios agudos, trastornos digestivos y dolores "reumáticos".

En su curso evolutivo, se describen esquemáticamente, tres etapas:

1. Sensación de que las demandas del trabajo exceden las posibilidades emocionales o físicas.
2. Nerviosismo con síntomas de tensión, fatiga e irritabilidad.
3. Aislamiento emocional y social, con cinismo y rigidez con las personas que debe interactuar (*pacientes, compañeros de trabajo*).

Un estudio español entre médicos de atención primaria⁽⁷⁾ muestra que el perfil del médico con mayor vulnerabilidad al Burnout es:

- sexo masculino,
- mayor de 40 años,
- urbano,
- con más de 10 años en la profesión,
- alta carga burocrática-asistencial y
- tutor de residentes

Posibilidades terapéuticas

La herramienta terapéutica fundamental en los trastornos por estrés y de adaptación es la psicoterapia⁽⁸⁾. Se utilizan las terapias de "exposición", en las que el terapeuta confronta al paciente con sus memorias traumáticas, a través de la evocación oral o escrita, y la exposición repetida y gradual a situaciones relacionadas, que eran evitadas o evocaban miedo pese a no ser actualmente peligrosas.

Se procura también la llamada "Reestructuración cognitiva" intentando ayudar al paciente a reformular su interpretación acerca de sus conductas en la situación traumática y los sentimientos de culpa y vergüenza, así como de los temores infundados.

El psicoanálisis permite, por su parte, una indagación en los resortes inconscientes de la vulnerabilidad al

traumatismo y al estrés. A punto de partida de síntomas que inicialmente el sujeto atribuye exclusivamente al daño de origen externo, el trabajo psicoanalítico puede permitir el fortalecimiento psíquico general.

En los últimos años se ha comenzado a ensayar un procedimiento denominado *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*. Focalizada en el trauma, utiliza la estimulación física bilateral (*movimientos oculares, tonos*) dado que se cree que estimula la integración de la experiencia traumática en una memoria "adaptativa y contextualizada".

En cuanto a los psicofármacos, su eficacia es limitada. De todos modos, algunos pacientes se benefician de *inhibidores de la recaptación de la serotonina*, y el alivio de la tensión y el insomnio con *ansiolíticos e hipnoinductores*.

La *prazosina* puede mejorar las pesadillas que padecen los pacientes con trastornos por estrés. Hay indicios, no concluyentes, de que la administración de *propranolol* inmediatamente a continuación de un suceso traumático, reduciría la probabilidad de desarrollar un TEPT.

Glosando al colega uruguayo Juan Carlos Tutté: "el concepto de trauma ocupa hoy día una posición central para el diálogo interdisciplinario, a la vez que su vinculación con la noción de estrés, muestra las dificultades existentes en este campo y los desafíos a sobrevenir"⁽⁹⁾.

Psiquiatras y demás médicos podemos tener la tendencia errónea a omitir en la anamnesis la detección de eventos traumáticos, que no siempre los pacientes comunican espontáneamente. Quejas somáticas o emocionales difusas, o cambios recientes en el modo de ser, deberían llevarnos a indagar la posibilidad de que esté presente un trastorno del grupo que acabamos de analizar.

Recibido: 16/04/2018
Aprobado: 17/05/2018

Bibliografía

1. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. En American Psychiatric Association Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición, Panamericana, 2013.
2. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. En: Organización Mundial de la salud, Clasificación de trastornos mentales, CIE 10 pp 109-39 http://www.psygnos.net/biblioteca/ICD10/cie10_27.htm.
3. Hans Selye. A syndrome produced by diverse noxious agents. Nature 138 (1936) p 32. <https://doi.org/10.1176/jnp.10.2.230a>.
4. Carvajal, César. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2002, vol.40, suppl.2 pp. 20-34.
5. Weil K y cols. Trauma infante juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico. Rev Méd Chile 2004; 132: 1499-1504.
6. Alvarez Gallego E, Fernandez Rios L. El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (1): revisión de estudios. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XI, N.º 39, 1991.
7. Prieto Albino L, y cols. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Aten Primaria 2002. 29 (5): 294-302.
8. Watts BV y cols: e541-50. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 2013 Jun;74(6).
9. Tutté J.C. The concept of psychical trauma: A bridge in interdisciplinary space. The International Journal of Psychoanalysis, 2004; 85, (Pt 4): 897-921



- ✓ 5 estrellas
- ✓ All inclusive
- ✓ Campo de Golf de 18 hoyos
- ✓ 8 Piscinas termales
- ✓ Spa de lujo (gimnasio, jacuzzis, sauna)
- ✓ Alto nivel gastronómico
- ✓ Microcine, shows
- ✓ Centro de convenciones y espectáculos
- ✓ Kids Club
- ✓ Pista de aterrizaje



Tel. (598) 4768 2200 - Termas del Arapey, Salto, Uruguay
reservas@altosdelarapey.com
www.altosdelarapey.com - Altos del Arapey