



Experto en psicología clínica y psicoterapia en adultos

MÓDULO IV. INTERVENCIÓN SOCIAL

 isfap

www.isfap.com - info@isfap.com

TEMA XV. INTERVENCIÓN EN EMERGENCIAS. TEPT

Situaciones de emergencia

En lo que concierne a este tema, el término emergencia es necesario, desde nuestro punto de vista, asociarlo al de crisis y trauma. Ello es lo que nos puede permitir una mayor elaboración, un posicionamiento.

Partamos en todo caso de la definición de la Real Academia Española de la Lengua. Se nos dan tres acepciones del término emergencia:

- Acción y efecto de emerger.
- Suceso, accidente que sobreviene.
- Situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata.

A partir de estas acepciones y restando lo que no nos concierne en nuestro curso, podríamos definir la emergencia como la irrupción de un suceso, accidente o peligro que requiere una acción inmediata. En esta definición no se toma en cuenta la parte del individuo, el suceso interno que se implica en el proceso. El acento de los significantes está puesto en el suceso externo.

Por ello, esta definición se nos queda corta para nuestros propósitos. Es necesario tener en cuenta que en la emergencia siempre se pone en juego una interacción entre lo externo y lo interno del sujeto, entre la realidad exterior y la realidad psíquica donde el sujeto se enfrenta a la pérdida o crisis.

Proponemos entonces una definición que tenga en cuenta lo dicho: “Irrupción de un suceso, accidente o peligro que provoca consecuencias traumáticas en los sujetos y requiere acciones inmediatas”.

De esta forma, en la misma definición, tenemos en cuenta ya la significancia en el sujeto. Exploremos ahora los conceptos de trauma y crisis. Teoría del trauma de Freud: La definición de trauma, la podemos encontrar en el diccionario de Laplanche: “Acontecimiento de la vida de un sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad

del sujeto para responder adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica”.



Como vemos, en la definición freudiana, se pone el acento en las consecuencias psíquicas en el sujeto. Desde el psicoanálisis, lo realmente significativo es el aflujo de excitaciones excesivo y su relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad para controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones... Evidentemente, la capacidad del sujeto viene marcada por su historia de frustraciones y duelos que ha tenido que ir haciendo a lo largo del tiempo. Ello es lo que configura la tolerancia a la frustración.

Teoría de la crisis

La teoría de la crisis se desarrolló principalmente por los estudios de Lindemann y Caplan sobre los trastornos psíquicos producidos en comunidades, grupos e individuos expuestos a situaciones de extrema tensión o catástrofes.

Estos trabajos fueron después ampliados por diversos autores como Naomi Golan, Bard y Ellison, Rapaport, N Parad, D Kaplan, Jacobson y muchos más. Una definición de crisis

de Caplan: “La crisis, según Caplan, es una perturbación de una situación estable que se caracteriza porque sobreviene de forma repentina e inesperada, provocada por un acontecimiento estresante o precipitante, afectando a una persona o grupo que hasta entonces tenía un adecuado nivel de funcionamiento, de manera que provoca un desequilibrio”.

Lo fundamental es un acontecimiento estresante, si, pero para evaluar la gravedad de la crisis es necesario tener en cuenta la percepción del individuo y su capacidad para responder a la situación de malestar con conductas adecuadas.

Por tanto, el proceso de crisis va a seguir cursos diferentes en cada sujeto y depende de sus características psicológicas. Mas se puede intentar nombrar diferentes fases similares a todos los sujetos. Pongamos un ejemplo, el de E. Kubler-Ross, que alude a cinco fases: negación, rebelión, negociación, depresión, aceptación.

En todo caso, se considera que si un sujeto no es capaz de superar la situación más crítica en seis semanas, la situación puede considerarse peligrosa y necesita intervención inmediata.

Según Golan, la crisis es una experiencia vital en las personas que puede ser vivida de diversas formas:

- *Una amenaza, generadora de ansiedad.*
- *Una pérdida que provoca depresión.*
- *Un reto que lleva cierta ansiedad, pero también esperanza e intentos por resolver el problema.*

Para el modelo, una situación crítica es una situación de cambio. En ella, se generan momentos de angustia que pueden ser severos, debido a la necesidad de adaptarse a una nueva realidad. Se considera que el sujeto pasa por una sucesión progresiva de crisis a lo largo de su vida, que son resueltas a veces con graves secuelas y producen cambios en

los individuos, cambios que van modificando la capacidad para enfrentarse a nuevas crisis.

El problema es que estos cambios a veces no son acordes con las nuevas realidades a las que se tienen que enfrentar los sujetos. Entre los obstáculos para poder realizar o construir una salida exitosa a la crisis, el más significativo es el de la tendencia a la repetición del hecho traumático.

Es la elaboración la que nos permite ir más allá. Para hacer la elaboración, es fundamental el estado del yo. Lindemann y Caplan dan siempre un lugar de privilegio al yo en el psiquismo. Así en los programas de salud mental que desarrollaron, precisaron que los aspectos más importantes del equilibrio psíquico saludable son: el estado del yo, la etapa de maduración en la que se encuentre y la cualidad de su estructura de personalidad. Para evaluar estos aspectos, proponen basarse en las siguientes áreas:

1. La capacidad de la persona para tolerar el estrés y la ansiedad, sin perder el equilibrio.
2. La capacidad que tiene la persona para reconocer la realidad y enfrentarse a los problemas.
3. El repertorio de mecanismos que tiene la persona para mantener su equilibrio biopsicosocial.

Desde la teoría de la crisis, se pone el acento en el yo. Es bastante útil, poder pensar desde ahí. -Desde nuestro punto de vista, consideramos más enriquecedor pensar siempre desde la dinámica del sujeto, donde el yo es sólo una parte, una parte además con muchas connotaciones imaginarias. El acento de esta forma será puesto sobre la partición del sujeto. Jacques Lacan propuso una nomenclatura para el sujeto: \$. Se trata del sujeto barrado, partido ente el consciente y el inconsciente. La marca aquí la pone el inconsciente.-.

La salida de la crisis del sujeto tendría que ver con la posibilidad de repensar el pasado. Ello sólo es posible si se sale de la mera repetición de hecho traumático, para ello es necesario tener en cuenta lo que marca al sujeto, aquellos significantes que se tienden a

reprimir y originan la impensabilidad. El desenlace constructivo tendría que ver con ese rescate que permite posteriormente una visualización de la continuación.

Convendría hacer en este punto una diferencia entre emergencia y catástrofe:

La catástrofe o el desastre son alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el medio ambiente, causados por un proceso natural o generado por el hombre que excede la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

En las emergencias, la comunidad dispone de medidas adecuadas. En las catástrofes, la comunidad es sobrepasada en su capacidad. Podemos hacer un paralelismo en el ámbito del sujeto. De acuerdo con esto, es necesario tener siempre en cuenta que, en las catástrofes, los efectos nocivos son inevitables y la recuperación más difícil.

Es ahora, después de recorrer el concepto de emergencia, cuando podemos hablar de una especialización de la Psicología:

Concepto de Psicología en emergencias y catástrofes

Se entiende como aquella rama de la Psicología que se orienta al estudio de las reacciones de los individuos y los grupos humanos en el antes, durante y después de una situación de emergencia o desastre, así como de la creación de estrategias de intervención psicosocial orientadas a la mitigación y preparación de la población, estudiando como responden los seres humanos para optimizar la alerta, mitigar las respuestas inadaptativas durante la crisis y facilitar la rehabilitación y reconstrucción.

Situaciones: Crisis, siniestros y víctimas

Tipos de situaciones

Individuales y grupales o colectivas. Incluso podríamos hablar de un tercer tipo que tiene que ver con las aglomeraciones.

Tipos de siniestro: Clasificación de las catástrofes:

- Naturales:

- Geológicas.
- Climáticas.
- Bacteriológicas.
- Animales.
- Tecnológicas:
- Incendios.
- Inundaciones.



- Accidentes de circulación, ferroviarios, aéreos, etc.
- De Guerra:
- Bombardeo intensivo.
- Acción química o nuclear.
- Invasión de un país.
- Campos de minas.
- Sociales:
- Terrorismo civil.
- Hambre.
- Secuestros.
- Revueltas destructivas.

Intencionalidad humana como factor desencadenante

Entre los diferentes tipos de catástrofe hay numerosos factores que pueden propiciar el suceso - fallos mecánicos, la geología, la climatología, etc - sin embargo, hay un elemento diferencial entre todos éstos, la acción del hombre. Puede ser indirectamente, por ejemplo, en un accidente aéreo, por causas mecánicas de la aeronave que no haya sido correctamente revisada por los mecánicos, o bien como causa más directa, un error de lectura de las cartas de navegación, no atender a las instrucciones de una torre de control, etc, estaríamos hablando de un accidente aéreo.

Ahora bien, la intervención del hombre puede ser también la causa directa e intencionada del suceso. Siguiendo con el ejemplo anterior, el accidente aéreo puede ser motivado por un secuestro, un sabotaje con explosivos, etc.

A grandes rasgos la acción del hombre va a tener unos efectos similares a otros factores, sucederá previsiblemente un suceso con las características propias de una catástrofe y sus consecuencias negativas. Donde radica el punto esencial de la intencionalidad humana está en los factores desencadenantes del suceso, en su mantenimiento y en las secuelas de las víctimas.

Si el inicio del evento tiene un motivo intencionado, incluso planificado, por ejemplo, la falta de acuerdos - como en un conflicto político o bélico -, rechazar unas reivindicaciones - como en un secuestro o sabotaje -, va a propiciar la vigencia de los efectos negativos o incluso incrementarlos, todo esto redundará en la producción de unas secuelas cada vez más negativas y perdurables, en las posibles víctimas -primarias y secundarias -.

En una catástrofe geológica, como es un terremoto, la acción del hombre se "limita" al nivel de prevención sobre construcciones, medios de salvamento o de evacuación, medios sanitarios, reconstrucción de la zona afectada, atención a las víctimas, etc. Sin embargo, si nos centramos en las catástrofes diseñadas y ejecutadas por el hombre, su acción cobra un matiz diferente y es a su vez más complicado para sus víctimas el llegar a aceptar lo ocurrido como una "desgracia" o "fatalidad", "un suceso más de la vida", etc. Por el contrario, todas estas acciones "manipuladas", ahondarán la herida consecuente del hecho, por ejemplo, en una acción terrorista, planificada y relacionada con una

estrategia supuestamente política, las secuelas psíquicas o psicológicas encontrarán un filón para su desarrollo negativo, en los intentos irracionales de justificar el suceso, en la sinrazón de sus actores, en los intentos de hacer lógico algo que de por sí es ilógico.

En resumen, toda catástrofe genera una serie de consecuencias negativas que tienen su manifestación, además de las pérdidas materiales, en los perjuicios sufridos por las víctimas. Cuando en la producción, mantenimiento y final del evento interviene la manipulación del hombre, de cara a la posterior recuperación psicológica de las víctimas se parte desde una posición muy poco ventajosa. Esa persona que ha sufrido un atentado terrorista ha de acostumbrarse de nuevo a vivir -independiente de las mayores o menores secuelas físicas sufridas - en sociedad, con la posibilidad de nuevas acciones terroristas de las que incluso de nuevo puede ser su objetivo, las declaraciones políticas, las noticias de la prensa, etc, en definitiva, numerosos y potentes estímulos que reforzarán el mantenimiento de la sintomatología traumática.

No es que sea sencilla la recuperación de las víctimas de catástrofes de otra índole, sino que a las mismas características negativas que sufren los implicados en estos sucesos, hemos de sumar la casi siempre demoledora acción del hombre, que se convertirá en un serio obstáculo de cara a la "superación" del hecho traumático.

Tipos de víctimas

Fueron Taylor en 1981 y posteriormente Frazer en 1987, los que sistematizaron el tipo de víctimas que pueden aparecer. Es una clasificación con referencia, sobre todo, a lo grupal o colectivo.

1. Víctimas de primer grado: Las que sufren el impacto directo. Sufren directamente la pérdida o daño.
2. Víctimas secundarias: Familiares o amigos de los anteriores.
3. Víctimas de tercer grado: Integrantes de los equipos de primera respuesta.
4. Víctima de cuarto grado: La comunidad que se ve afectada en su conjunto.

5. Víctima de quinto grado: Las personas que se enteran de los sucesos por los medios de comunicación.

6. Víctimas de sexto grado: Los que no se encontraban en el lugar por diversos motivos, pero podrían haber estado. En este grupo, son frecuentes los sentimientos de culpa.

En esta clasificación que estamos haciendo, es necesario tener en cuenta las aportaciones de la teoría de la crisis a la hora de clasificar las crisis. Desde esta perspectiva se tienen en cuenta dos parámetros: Los fenómenos que pueden provocar una crisis y los tipos de crisis en sí mismos.

Fenómenos que pueden provocar una crisis

1. Fenómenos que provocan crisis situacionales: enfermedad, muerte, hospitalización, accidentes, catástrofes - guerras, incendios -, separaciones, divorcios, cambio de estatus socioeconómico.

2. Fenómenos de origen social y cultural: crisis por jubilación, crisis generacionales, etc.

3. Fenómenos que afectan al desarrollo y estabilidad del individuo: fenómenos que distorsionen las aspiraciones de las personas.

4. Fenómenos medioambientales en interacción con problemas de tipo psíquico: fracaso escolar, inadaptación laboral o escolar, etc...

Tipos de crisis

1. Crisis por desmembración: Muerte de un familiar, hospitalización, separación.

2. Crisis por accesión: Adopciones, embarazo no deseado, etc.

3. Crisis por desmoralización: infidelidad, alcoholismo, delincuencia.

4. Crisis por desmoralización con desmembración o accesión: por ejemplo, una separación con agresión física y hospitalización.

5. Crisis que abarcan cambios de estatus: paro, enriquecimiento o empobrecimiento, destrucción del hogar, etc.

Efectos en el psiquismo del individuo y del grupo

En el individuo

Para poder acceder a la comprensión de los efectos de la emergencia traumática en el psiquismo del sujeto, es necesario partir de los efectos visibles en su conducta. Esto es, los síntomas.

La conducta de los sujetos ante la emergencia se inicia por la propia forma de presentarse ésta: el contexto, el espacio y las características del mismo. El sujeto analiza la situación y la amenaza que supone. Se pone en juego, además de las reacciones fisiológicas propias del sistema nervioso autónomo, una evaluación en la que influye decisivamente el equilibrio psíquico de cada cual, los recursos disponibles e incluso la anticipación de la posibilidad de superar el daño. Estas evaluaciones son generalmente inconscientes, pero son las que nos dirigen. Como siempre, el inconsciente, sin que lo sepamos, nos dirige. Por ello, Jacques Lacan criticaba cierta parte del pensamiento cartesiano que postula el famoso “Pienso, luego existo”.

Lacan daba su propia versión: “Pienso donde no soy, luego soy donde no pienso”. El pensamiento es consciente, pero es que detrás del pensamiento se encuentran todos nuestros “fantasmas” inconscientes.

La excitación característica producida por una situación de emergencia puede conllevar diferentes estados emocionales: miedo, ansiedad, pánico y fobia.

Aclaremos estos conceptos: El miedo es el temor a un peligro concreto, claro, evidente y que es captable desde la posición en la que se encuentra el sujeto. Del miedo, el sujeto se defiende con medidas racionales.

La ansiedad es una vivencia de inquietud y desasosiego donde, en realidad, se anticipa lo peor. Es una señal de alarma ante un temor difuso, sin referencias. La reacción que puede provocar es la de parálisis o la perplejidad. Los mecanismos de defensa van a ser inconscientes y conducirán a manifestaciones de histeria, obsesiones, pánico, etc.

La fobia es un temor desproporcionado, terrible, superior a uno mismo, que se produce ante hechos, personas o situaciones.



Cada sujeto reacciona de forma diferente. Los efectos en el psiquismo del suceso traumático son individuales, depende de factores propios de cada sujeto, tales como la edad o la estructura psíquica.

Apuntaremos hacia aquello que se

pone en juego inmediatamente ante una situación de emergencia o un siniestro. La angustia de muerte. En los siniestros graves, tanto individuales como grupales, se ha comprobado como es frecuente que el miedo a la muerte provoque más muertes que el propio siniestro. Se calcula, hablando de siniestros colectivos, que el 10-25% de los sujetos permanece unido y en calma. El 75% presenta conductas desordenadas y desacierto. El resto, el 10-25% es todavía peor, presenta confusión, parálisis, reacciones de pánico, etc.

Es por ello que es necesario explorar un poco más ese miedo o angustia de muerte. La angustia es un estado de displacer más o menos intenso que se manifiesta ante la espera de algo que no se puede nombrar, ese algo, en lo que nos concierne en estos momentos, tiene que ver con la muerte. La muerte pertenece al terreno de lo impensable, por no vivido. Es ahí, donde aparecen los mitos o las religiones... En definitiva, las construcciones que mantienen al sujeto, en su relación con la muerte, dentro del terreno de lo que se puede imaginar, dentro del terreno de la continuidad. Se podría decir que la muerte se construye a lo largo de la vida.

Ante la posibilidad de muerte, se activa toda la construcción que el sujeto ha realizado al respecto en su vida, se pone en juego sus creencias, su moral, su ética... La fortaleza de estas construcciones son las que posicionaran al sujeto frente al peligro de muerte. Si las construcciones son débiles, la angustia de muerte ocupará el lugar del deseo en el sujeto y, por tanto, el deseo desaparecerá. El sujeto será un mero objeto ante esa angustia.

Pero vayamos más allá... Freud aludía a que toda angustia es, en el fondo, angustia de castración. Diríamos entonces que la angustia ante la pérdida de la vida remite al complejo de castración y deriva esencialmente en este. La angustia de muerte se juega entre el yo y el superyó. No tiene representabilidad inconsciente. El superyó es entendido como un subrogado del padre protector deseado en nuestra infancia, figura esta del padre protector que después ha podido derivar en la “Providencia” o el “Destino”. Cuando el yo, se encuentra ante un peligro objetivo que lo supera, se ve abandonado por los poderes protectores y puede ocurrir, incluso, que se deje morir.

Desde otras palabras: el temor a la muerte aparece como reacción a una situación de riesgo inevitable: somos sujetos finitos. Es por ello que la angustia de muerte puede ser considerada como angustia de castración. La castración implica por un lado aceptar la imposibilidad de un objeto que suture totalmente nuestro deseo, pero también nos define como sujetos finitos. Esa finitud no alude a la muerte directamente - de la que nada podemos decir- sino a que esta se transforma en una pulsión que está de entrada en el ser humano. Esa pulsión hay que ligarla a la vida y es algo que se pone en juego continuamente en nuestro recorrido vital.

En situaciones de siniestro, aparece un regreso narcisista. Todo lo que hemos ligado de la pulsión con los objetos externos de la realidad, se intenta desligar para refugiarse en una pretendida urna narcisista. Este es el problema, esto es lo realmente destructivo. La pulsión de muerte realiza su obra destructiva, atacando esencialmente los vínculos con la realidad externa. Intenta eliminar la tensión de esta forma... La eliminación de todo tipo de tensiones es el nirvana, el estado más parecido a la muerte. Bien, esto es lo destructivo.

Se produce ahí, la compulsión a la repetición, propio de las neurosis traumáticas. Intervienen decisivamente dos factores. Domina una efracción destructiva y se produce una tendencia al displacer bastante acusada. Es por eso que el trabajo a realizar tiene que ver siempre con la reconstrucción de una continuidad con la realidad. Ahí está la elaboración y la pensabilidad.

- En el grupo

Para comprender el impacto de la emergencia en los grupos, vamos a tocar algunos conceptos de la Psicología de masas. En principio, cuando el sujeto se ve en una situación de emergencia, siente miedo de responsabilizarse de sus actos - angustia de castración - , de tomar decisiones y tiende, de una manera instintiva, a refugiarse en el grupo. Se puede decir que se produce un fenómeno de despersonalización que está en la base de las reacciones de pánico y predispone a la sugestionabilidad. Es entonces cuando es importante el papel del líder.

En todo caso, Freud nos da algunas pistas más de por donde van los ligazones que se producen en el grupo. A pesar de haber comentado más arriba acerca del miedo a responsabilizarse de los actos como una primera argumentación que explicará el comportamiento del individuo en la masa, no deja de ser sorprendente que el sujeto que está inmerso en una masa siente, piensa y actúa de manera diversa a como lo haría fuera de dicha masa. Pero ¿qué es una masa entonces? Podemos partir de la relación que hace Freud entre la masa y la horda primitiva. Freud adoptó la hipótesis de Darwin de que la forma primitiva de la sociedad humana fue una horda sometida al dominio total de un poderoso macho, el líder del grupo. Con la muerte del líder, la horda paterna pasó a ser una comunidad fraternal que es la que nos ha llevado al tipo de sociedad actual.

Uno puede dudar de la validez histórica de la construcción freudiana en cuanto a la evolución social, pero lo que es indudable es que aporta herramientas que nos ayudan a seguir pensando, elaborando. Freud afirma que toda masa humana es una regresión a la horda primitiva. Esto es lo importante, se trata de una regresión, de una destrucción de los vínculos habituales y una despersonalización regresiva.

En la horda primitiva, podemos pensar que los sujetos tenían la ilusión de que el jefe los amaba por igual a todos y que ese jefe no necesitaba en la misma medida, con lo que se le daba un poder y una capacidad excesiva. Eso es lo que ocurre, en cierta medida, en la masa. Al líder se le exige, se espera mucho de él, más no se ve que sea necesario apoyarlo. No es un igual, está por encima. Es como el padre omnipotente de la horda primitiva. Al

ser omnipotente y no tener necesidades, se le quiere y se le teme, se puede ser castigado por él.

En la masa, se esfuma la responsabilidad individual y el sujeto renuncia a su ideal del yo y lo reemplaza por el ideal de la masa, encarnado en el jefe o líder. Si hay dudas con el jefe, la identificación con los miembros de la masa hace el resto. Freud postula una fase del yo, aquella que pretende explicar la masa desde la distinción entre el yo y el ideal del yo, y desde el doble vínculo de identificación y sustitución del ideal del yo por un objeto exterior. Se puede decir que, en la masa artificial, el sujeto tiene dos vínculos afectivos o libidinales: con el jefe y con los restantes sujetos.

Los conceptos de sugestión y libido e identificación adquieren aquí una especial importancia. La libido es una energía instintiva relacionada con el amor o con los afectos. Su origen es de tipo sexual, mas después puede ser desviada hacia otros fines. Es esta argumentación desde la que se puede decir que detrás de la sugestión, se encuentra, en realidad, los sentimientos amorosos. Se puede decir que la masa se mantiene unida por la fuerza de Eros y que cuando el sujeto renuncia a su individualidad, dejándose sugestionar, lo hace por amor a los otros.

En cuanto a la identificación digamos que es la forma más temprana de enlace afectivo a otra persona y que está en la base del complejo edípico. La identificación que se instaura en una masa supone, por tanto, una regresión a una forma primitiva de enlace afectivo y se constituye en el sustituto de un enlace libidinal a un objeto, el yo introyecta al objeto. Por último, es de destacar aquí la aportación de Jung en cuanto al inconsciente colectivo, cuestión que puede tener su reflejo en las masas. La teoría de Carl Gustav Jung establece que existe un lenguaje común a los seres humanos en todos los tiempos y todos los lugares del mundo, formado por símbolos primitivos con los que se pone de manifiesto un contenido de la psiquis que está más allá de la razón.

El inconsciente colectivo es el sustrato por debajo del inconsciente personal que era el objeto de estudio de Freud. Este es el principio del desencuentro de Freud con Jung, desencuentro que llevó a la ruptura relacional y teórica. Jung precisó que el inconsciente

colectivo está vinculado con los instintos y se manifiesta a través de fantasías y por medio de imágenes simbólicas.

Estas manifestaciones aluden a unos arquetipos que son en realidad una tendencia a formar representaciones sobre modelos básicos que pueden variar en sus formas constantemente. Los arquetipos que él consideraba fundamentales eran el ánima, o principio femenino, y el animus, principio masculino. La sombra era un arquetipo básico que designaba lo desconocido y lo inexpresable, este es el inconsciente colectivo. Curioso, ¿no?, la impensabilidad nuevamente puesta en juego, quizás también la muerte.

TEPT

Aún sabiendo que esta temática que describimos a continuación ya está estudiada, hemos considerado necesario añorarla de nuevo, darle espacio en este tema por la entidad clínica y la gran repercusión que ha tenido en los últimos años. La creciente sensación de inseguridad en el mundo occidental, los ataques terroristas, los desastres naturales, así como la inclusión del término en el DSM III, han favorecido su discusión. Ello ha originado que se convirtiera en un lugar de encuentro entre diferentes enfoques teóricos.

En todo caso, consideramos que las bases teóricas del estrés postraumático ya están descritas en la teoría del trauma y neurosis traumáticas. Nos centraremos en el origen del término y en su inclusión en el DSM III, las modificaciones en el DSM IV, así como de las manifestaciones clínicas.

Respuestas a las situaciones de catástrofe y desastre: Reacciones normales y patológicas

No todos los sujetos que viven experiencias traumáticas sufren un trastorno de estrés postraumático (en adelante, lo llamaremos TEPT). La mayor parte de las personas consiguen continuar su vida sin ser afectadas crónicamente, aunque esto no significa que



no hayan registrado o sufrido heridas traumáticas, la mayoría si es afectada durante un tiempo.

Es difícil, en todo caso, poder definir donde está la frontera entre reacciones patológicas y reacciones “normales” ante determinados sucesos traumáticos, tales como los

atentados o las catástrofes, situaciones extremadamente amenazantes para la vida.

Nos basaremos en un trabajo de Benyacar (2003) para acercarnos a las reacciones que pueden suceder.

1- Reacciones individuales

Podemos hablar de un comportamiento adaptado y un comportamiento inadaptado.

Este último es debido al impacto emocional y se manifiesta de tres formas distintas:

- Reacciones emocionales efímeras: Se expresan como agitación psicomotriz, conductas agresivas hacia otros o hacia sí mismo o estupor. Duran poco tiempo, dado que recuperan prontamente la lucidez y la capacidad autocrítica... Es de destacar que las reacciones extremas suelen darse más entre los socorristas y personas que se ocupan de la evacuación.

- Reacciones neuróticas: Evidentemente este tipo de reacciones surgen en sujetos con antecedentes neuróticos o con previa estructura neurótica. Son frecuentes aquí: los estados de ansiedad, los ansiofóbicos, los histéricos, y las neurosis traumáticas y TEPT.

Los sujetos dominados por los estados de ansiedad suelen mostrar síntomas tales como inquietud, agresividad, temblores, síntomas somáticos como precordalgias y espasmos digestivos, o sintomatología psíquica que incluye sensación de muerte inminente, miedo y angustia.

Los estados histéricos provocan los síntomas típicamente histéricos como son: conversiones, crisis excitomotrices, conductas suicidas, despersonalización y también conductas espectaculares y de llamada de atención.

Es en las reacciones neuróticas de origen traumático donde podemos encuadrar el TEPT. Aunque se debe especificar que pueden aparecer en sujetos sin antecedentes neuróticos y están determinadas sobre todo por el impacto emocional. Se distinguen de las reacciones emocionales efímeras en el hecho de que dan lugar a una nueva organización neurótica permanente que tiende a reproducirse sin cesar. Se hacen visibles generalmente después de un periodo de latencia que puede ser breve (de horas) o tardío. Pueden presentar un síndrome de repetición que a veces consiste en revivir una y otra vez las escenas de la catástrofe y hacer una y otra vez crisis emotivas.

- **Reacciones psicóticas:** La precariedad de la estructura origina con frecuencia dificultades para sobrevivir por sus propios medios a estos sujetos. Ello desencadena una dependencia extrema. Las reacciones psicóticas pueden darse de las siguientes formas:
a-reacciones confusionales: obnubilación, desorientación témporo –espacial, e inhibición psicomotriz. Pueden durar horas o días; y luego, al disiparse, los sujetos se suelen mostrar perplejos y no recuerdan el episodio.

b-Delirios donde se dan mecanismos alucinatorios, interpretativos e intuitivos

c-En los accesos maniáco-depresivos inducidos por una catástrofe, en estado de manía el sujeto se muestra excitado y eufórico; mientras que en la etapa depresiva se le verá postrado e inhibido, acompañado por ideas de suicidio o sentimientos de culpa. Generalmente este estado dura entre una y dos semanas.

2- Reacciones Colectivas:

En general, los comportamientos colectivos que se observan son adaptados. A veces, esto se debe a la existencia de organizaciones que asumen la responsabilidad de conducir e impartir las órdenes correspondientes, otras al seguimiento de líderes capaces de ofrecer consignas adecuadas, y en otros debido a la cohesión del vínculo social en las comunidades.

Los comportamientos colectivos inadaptados, tales como el pánico, suelen ocurrir en situaciones de escasa integración social y desarrollo de la organización comunitaria. La reacción inadaptada dura sólo algunas horas y suele coincidir con el momento de

evacuación de la zona que sufrió el siniestro. Finaliza cuando se recupera del estado de estupor y los sujetos recuperan la lucidez.

El pánico es una de las reacciones colectivas más frecuentes. Consiste en un miedo colectivo intenso sentido en forma simultánea por todos los miembros de la comunidad. Se caracteriza por un estado regresivo, impulsivo y gregario (recordemos las ideas sobre la horda primitiva de Freud). Según Benyacar, el pánico colectivo es el resultado de un proceso que atraviesa por distintas etapas:

- La etapa de iniciación: Comienza con la instalación de un clima de inquietud y aprehensión que los sujetos se van comunicando a través de los rumores que se gestan.
- La etapa de choque: Sobreviene cuando una señal cualquiera hace estallar la angustia y provoca un estado de estrés colectivo que se acompaña de tensión motriz y de una percepción secundaria del peligro.
- Etapa de reacción: Comportamientos impulsivos e incluso agresivos que desembocan en violencia e incluso pueden llegar al suicidio.
- Etapa de resolución: El pánico concluye cuando el miedo se calma, cesa la reacción motriz, se recupera la lucidez, la capacidad autocrítica y se reorganiza la comunidad.

Síndrome de estrés postraumático

Pasemos, sin más dilación a este síndrome. Dividiremos el tema en ocho puntos. El punto nueve sería la psicoterapia, pero ya dijimos que este punto lo dejaremos para el siguiente tema. Los restantes son los siguientes:

1. Un poco de historia
2. Definición
3. Factores de riesgo
4. El estresor
5. Criterios diagnósticos DSM-IV. DSM-IV TR y DSM-5
6. Otras patologías relacionadas. TEA y DSM-5
7. Curso clínico del TEPT

8. Beneficios secundarios.

1. Un poco de historia:

Este punto está igualmente algo recorrido cuando hablábamos de los orígenes del trauma. El término se acuñó en el siglo XX y la mayor cantidad de descripciones clínicas del cuadro también. Sin embargo, podemos encontrar ya referencias en la Grecia clásica. Hipócrates menciona pesadillas relacionadas con los combates en soldados sobrevivientes a ciertas batallas y Heródoto da cuenta en su tratado sobre la historia de los síntomas que presentaban soldados que habían participado en la batalla de Maratón. También podemos encontrar referencias en la Biblia, la Guerra de los cien años, e incluso en clásicos de la literatura como Shakespeare... Ya en la revolución francesa, surgió la figura de P. Pinel que impulsó la moderna psiquiatría y describió a la neurosis cardiorrespiratoria y los estados postraumáticos estuporosos que denominó idiotismo. Sus descripciones corresponden al concepto de neurosis de guerra.

Fue el médico alemán, H. Oppenheim quién acuñó el término neurosis traumática en 1884 para referirse a los síntomas presentados por pacientes que habían sobrevivido a accidentes ferroviarios.

A finales del siglo XIX y principio del XX, destacan las aportaciones de Freud, al principio en colaboración con Charcot. De ellas, ya hemos hablado.

En la I Guerra Mundial, surgió el término “shell shock” que aludía a las reacciones de los soldados en el frente de batalla a causa de explosiones de minas y de granadas, o bien el hecho de ser testigos de las muertes de sus compañeros. Todo ello provocaba estados de mutismo, sordera, temblor generalizado, incapacidad para caminar o mantenerse de pie, pérdidas de conciencia o pseudoconvulsiones.

Un aporte importante fue el del psicoanalista A.Kardiner, quién trato a veteranos de la I Guerra Mundial entre 1922 y 1925. Publicó en 1941 el libro “The traumatic neuroses of war”. Postuló que la neurosis de guerra correspondía a una fisioneurosis, en la cual el trauma era capaz de desencadenar síntomas somáticos y psicológicos. Advirtió de la importancia en el tratamiento precoz de estos pacientes para prevenir la consolidación de las neurosis en sus formas crónicas y habitualmente de difícil tratamiento.

Los psiquiatras norteamericanos hicieron un importante trabajo sobre este tema en la II Guerra mundial e incluso buscaron avanzar en el reconocimiento de las bases biológicas de este trastorno.

Sin embargo, fueron las consecuencias de la Guerra de Vietnam (1964-1973), que dejó 700000 afectados psicológicos, la que lanzó la investigación y constituyó uno de los factores importantes para que la Asociación Psiquiátrica Americana incluyera al TEPT como una de las patologías en el DSM-III de 1980.

Digamos que un equivalente en el DSM I de 1952 es la reacción intensa de estrés, y en el DSM II de 1938 es el estrés relacionado con el combate. Este concepto se sistematizó todavía más en el DSM IV, donde, sobre todo, se modificó la definición e implicación del “estresador”.

2. Definición

El término TEPT engloba dos aspectos bien definidos: por una parte, una respuesta de estrés que es patológica, y por otra el trauma. Frente a un estresor el organismo responderá buscando la adaptación, el equilibrio, pero recordemos que existe el goce, aquel que va más allá del principio del placer. Podemos decir además que esto es lo propio del proceso traumático. Por lo tanto, se trata de una adaptación con muchas dificultades puestas por el propio psiquismo.

En todo caso, el estresor puede ser físico o psicológico y la respuesta puede ser adaptativa (eustrés) o patológica (distrés). Es por ello que, estrictamente, deberíamos estar hablando de trastorno por distrés postraumático.

La definición del TEPT, por el DSM III y sucesivas definiciones de la APA, se basa en un modelo conceptual que separa a los eventos traumáticos de otras experiencias estresantes y, por consiguiente, separa al TEPT de otras respuestas al estrés.

Los eventos traumáticos o catastróficos, a diferencia de las experiencias estresantes cotidianas, han sido ligados a este síndrome, cuando originan una serie de síntomas y consecuencias determinadas.

Los estudios han comprobado que el TEPT es una enfermedad frecuente, que representa un problema para la salud pública muy importante, si bien se sabe que este trastorno no es la salida inevitable a toda exposición traumática. Llega a ser alarmante el incremento de los sucesos traumáticos en nuestra sociedad, en forma de asaltos, robos, secuestros, violaciones, atentados y otros daños que amenazan lo cotidiano.

El DSM IV ha modificado el criterio del estresor del TEPT, de manera que ya no constituye una exigencia el hecho de que el evento se encuentre fuera del marco habitual de las experiencias humanas, siendo suficiente y necesario que la persona haya experimentado, presenciado o le hayan explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y hay respondido con temor, desesperanza y horror intensos.

El TEPT presenta tres tipos de síntomas: intrusivos, de evitación e hiperexcitabilidad. Y tres tipos evolutivos: la forma aguda que comienza durante los tres primeros seis meses tras el evento, la forma crónica que dura seis o más meses y la forma retardada que

aparece al menos seis meses después del trauma. Algunas formas son atípicas. Cuando la duración del trastorno es inferior a un mes, debe codificarse como trastorno por estrés agudo.

Frecuentemente, después de un cuadro agudo de estrés agudo o postraumático, puede haber una transformación permanente de la personalidad, secundaria a experiencia catastrófica, que viene expresamente recogida en la CIE-10, que es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud. La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud.



La transformación de la personalidad no debe confundirse con los trastornos de la personalidad. Estos se desarrollan durante la infancia y se ponen de manifiesto durante la adolescencia o inicio de la edad adulta, mientras que la transformación implica un cambio o modificación de la personalidad previa, ya desarrollada. También debe diferenciarse de la acentuación de rasgos de la personalidad, ya que aquí se trata

simplemente de una mayor significación de dimensiones ya existentes en la personalidad del sujeto.

Por el contrario, la transformación implica la aparición de rasgos nuevos, que no se encontraban presentes (susplicacia, desconfianza, apatía, etc.) con las siguientes exigencias: el evento debe ser suficientemente grave como para no tener que considerar la vulnerabilidad del sujeto, debe ser persistente (más de dos años después del evento); los nuevos rasgos resultan desadaptativos, y causan malestar o deterioro social significativo, y debe descartarse que el cambio no sea debido al uso de sustancias psicotrópicas, enfermedad médica, o trastorno mental.

Concretamos después de este recorrido, una definición: Se trata de una severa reacción patológica, cuyo causante es un suceso traumático. El efecto de este último se plasma en el interior del organismo, cronificándose. No se genera sin un acontecimiento traumático (agente estresante), pero éste por sí mismo no garantiza el desarrollo del cuadro, debe existir una vulnerabilidad previa, o factores de riesgo, en el sujeto para que ello ocurra.

3. Factores de riesgo:

Según Cia (2001), los factores que influyen el riesgo de sufrir un TEPT, a consecuencia de una exposición traumática pueden diferenciarse en:

a- Pretraumáticos:

- Género: Las mujeres presentan el doble de posibilidades de desarrollar un TEPT, respecto a los hombres.
- Edad: adultos jóvenes. Menores de 25 años.
- Educación: sujetos de educación terciaria
- Traumas infantiles: aquellos que experimentaban abuso sexual o físico infantil.
- Exposición previa a traumas: en forma de accidentes graves, abuso, maltrato, violación, migraciones forzadas, etc.
- Trastorno psiquiátrico preexistente: de cualquier clase.

- Vulnerabilidad genética: Es discutible y da lugar a confusiones.
- Antecedentes personales en la adultez.
- Eventos vitales adversos: divorcio, desocupación, muertes recientes, bancarrota.
- Salud física deteriorada.
- Historia familiar de trastornos psiquiátricos.

b-Peritraumáticos: Los cuales implican las características del evento (individual, grupal, accidental o provocado) entre los cuales se encuentran:

- Severidad o dosis del trauma: a mayor magnitud de la exposición traumática, mayor es la posibilidad de desarrollar un TEPT. Los traumas más severos, frecuentemente, incluyen la percepción de que la vida se encuentra amenazada o existe la posibilidad de sufrir lesiones graves.
- Naturaleza del trauma: La violencia personal en forma de asaltos, torturas o violaciones, en las cuales hay un agresor humano, es mucho más probable que generen TEPT que un evento impersonal (desastre natural).
- Participación en atrocidades: como agresor, testigo o víctima de las mismas.

c- Postraumáticos. Los podemos dividir en:

- Pobre apoyo social y familiar.
- Reacción inmediata postrauma: Como la disociación peritraumática, la activación fisiológica o síntomas evitativos tempranos se encuentran bajo investigación como posibles factores de riesgo para el TEPT.

Cías propone además otra forma de clasificar los factores de riesgo:

- Factores referidos al trauma. Se han realizado diferentes estudios que confirman este extremo. Por ejemplo, se ha visto como los traumas intencionalmente provocados por el hombre confieren un riesgo mayor que los accidentes o desastres naturales. En general, la magnitud de los sucesos traumáticos, así como su repetición en el tiempo, constituyen elementos críticos.

- Factores referidos al sujeto que lo padece. En diferentes estudios, se han encontrado una serie de antecedentes que predisponen al desarrollo de la enfermedad: una historia familiar con ansiedad, una historia personal con conflictos neuróticos y problemas de conducta, una historia de tratamientos por conflictos psicológicos, separación temprana de padres o comportamiento antisocial. Todos estos factores predijeron, de manera significativa, el desarrollo del TEPT, luego de la exposición a un agente estresante.

4- **El estresor:**

Ya comentábamos más arriba como el DSM IV modificó el criterio del estresador, debido a lo cual no es necesario que la persona sea víctima en primera persona del suceso traumático, puede bastar con presenciarlo o escucharlo.

El DSM IV identificó cinco grupos de acontecimientos traumáticos: muerte, amenaza de muerte, graves lesiones, amenaza a la propia integridad y amenaza a la integridad de otras personas.

Las dos características más importantes son la severidad y la duración. Así por ejemplo, la experiencia en un campo de concentración y la violación se consideran situaciones de mayor riesgo para producir un TEPT crónico que la experiencia de combate o el haber sufrido un accidente de tránsito.

Entre las causas más frecuentes de TEPT, por sexo, se tiene en los hombres las experiencias de combate o haber presenciado muertes o graves lesiones; en cambio en las mujeres destacan las violaciones y los ataques sexuales.

En frecuencia descendente las situaciones que provocan más TEPT son el recuperar la conciencia durante alguna cirugía (56%), la violación en mujeres (48,4%) y el presenciar muertes o graves lesiones entre los hombres (10,7%).

5. Criterios diagnósticos:

En principio, señalar nuevamente que el TEPT se presentará en una minoría de las víctimas de situaciones traumáticas con cifras que van entre el 10% y el 20%.

El diagnóstico del TEPT está, en principio, caracterizado por tres elementos mayores:

1. La **reexperimentación** repetida de memorias de la experiencia traumática. Estas tienden a involucrar memorias visuales y sensoriales del evento que frecuentemente son acompañadas por un destre fisiológico y psicológico extremo, y a veces por un embotamiento emocional. Estos recuerdos pueden ocurrir espontáneamente o pueden ser disparados por una serie de estímulos reales o simbólicos.
2. **Evitación** de los estímulos que recuerden el trauma, así como embotamiento emocional e incapacidad de expresar los sentimientos. Se da un alejamiento de los estímulos cotidianos.
3. **El estado de hiperalerta**, expresado por la hipervigilancia, irritabilidad, problemas de memoria y concentración, trastornos del sueño y una respuesta de sobresalto exagerada.

Pasemos ahora a la descripción de los criterios que hace el **CIE-10 y el DSM IV.**

5.1- **Criterios diagnósticos. CIE-10 (OMS, 1992)**

1- Surge como respuesta tardía a un evento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en un número mayoritario de personas.

2- Ciertos rasgos de personalidad (Ej.: compulsivos), o antecedentes de enfermedad neurótica pueden predisponer al padecimiento de la enfermedad, disponer un descenso en el umbral de la aparición del síndrome o agravar su curso.

3- Sus características: episodios reiterados de reviviscencias o sueños, persistente sensación de entumecimiento emocional, desapego, falta de capacidad de respuesta y evitación de todo lo que provoca el trauma.

- 4- Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma
- 5- Pueden presentarse estallidos agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original.
- 6- Estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia e incremento de la reacción de sobresalto e insomnio.
- 7- Los síntomas se acompañan de depresión y/o de ansiedad, y no son raras las ideaciones suicidas.
- 8- El consumo excesivo de sustancias o alcohol puede ser un factor agravante.
- 9- Comienza con un periodo de latencia luego del trauma cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses.
- 10- El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación, en la mayoría de los casos.
- 11- En algunos casos el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolucionar hacia una transformación persistente de la personalidad.
- 12- Se diagnostica si aparece dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático. Establecer un diagnóstico fuera de tiempo es posible cuando sus manifestaciones clínicas son típicas y la alternativa de otro diagnóstico no es viable. Deben estar presentes: las evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes o de ensueños reiterados. Suelen estarlo: el desapego emocional, el embotamiento afectivo, la evitación de estímulos relacionados al trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico.

5.2- **Criterios diagnósticos DSM IV. F43.1**

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).



D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. irritabilidad o ataques de ira.

3. dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

5.2a.-Criterios para el diagnóstico del TEPT según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás

6. restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor).

7. sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño

2. irritabilidad o ataques de ira

3. dificultades para concentrarse

4. hipervigilancia

5. respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

5.3.- Modificaciones del diagnóstico del TEPT presentes en el DSM IV-TR

En el DSM IV-TR (APA,2000) se ha introducido modificaciones del diagnóstico respecto a la versión de 1994.

Respecto al curso de la enfermedad se agregó que puede haber una reactivación de los síntomas en respuesta a recordatorios del trauma, a agentes estresantes vitales o ante nuevos sucesos traumáticos. Se han descrito además posibles connotaciones hereditarias, estableciendo una relación entre la historia de las depresiones en familiares de primer grado y una mayor vulnerabilidad a padecer el síndrome. Bajo nuestro punto de vista, la connotación hereditaria es cuestionable ya que las relaciones con la historia de la familia también pueden explicarse desde un punto de vista estrictamente psicológico. En algún momento del curso, ya comentábamos como se podía transmitir el bagaje traumático de una familia o una sociedad.

En lo que hace al trastorno de Estrés Agudo, el DSM IV, da una información adicional, con relación al progreso de esta enfermedad hacia el TEPT. Menciona rangos de prevalencia para el TEA que oscilan entre el 14% y el 33% en sujetos expuesto a traumas severos.

Respecto a los síntomas asociados al TEPT, es interesante destacar la presencia de una constelación de síntomas, comúnmente asociados a un agente estresante interpersonal: perturbaciones en la modulación afectiva, comportamientos autodestructivos e impulsivos, síntomas disociativos, sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperanza o desesperación, sentir que ha sido perjudicado o dañado en forma permanente, pérdida del sistema de creencias anterior, hostilidad, retraimiento social, deterioro en las relaciones, alteración de las características previas de personalidad.

En esta versión, se describen nuevas causas que producen el TEPT y se acentúan otras:

- combatir o participar en una guerra (también ser víctima civil -
- sufrir violencia personal - agresión sexual, física, robos a mano armada -
- ser secuestrado o tomado como rehén.
- ser víctimas de ataques terroristas
- sufrir torturas o tormentos.
- ser prisionero de guerras o permanecer en campos de concentración.
- sufrir desastres naturales o provocados por el hombre
- participar en accidentes automovilísticos o vehiculares graves.

recibir un diagnóstico de una enfermedad parcialmente terminal.

5.4.- Criterios del DSM-5 para el trastorno por estrés postraumático (APA, 2013)

Trastorno por estrés postraumático. Se define por:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).

2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitar o esforzarse para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia

Por ejemplo, medicamento, alcohol, etc.) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado). Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja). Especificar si: Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

5.5.-Diferencias entre el DSM-5 y anteriores ediciones de Manuales (DSM-IV y DSM-IV TR)

El DSM-5 (APA, 2013), ha recogido parte de las críticas realizadas a los anteriores manuales diagnósticos respecto del Trastornos de estrés postraumático y ha propuesto criterios que difieren significativamente de los del DSM-IV.

El criterio A (antiguo A1) es más explícito y restrictivo en lo que respecta a la experiencia de los eventos *traumáticos*. El criterio A2 (reacción subjetiva) ha sido eliminado. Los tres grandes grupos de síntomas del DSM-IV (criterios B, C y D) se han convertido en cuatro debido a que el antiguo criterio B se ha dividido en dos grupos distintos: evitación y alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo. Esta última categoría conserva la mayor parte de los síntomas de insensibilización del DSM-IV e incluye también síntomas nuevos o reconceptualizados, tales como los estados emocionales negativos persistentes.

El último criterio (aumento de la activación) conserva la mayor parte de los síntomas correspondientes del DSM-IV e incluye también el comportamiento irritable o agresivo y el comportamiento imprudente o autodestructivo.

Por otra parte, los umbrales de diagnóstico se han rebajado para los niños y adolescentes y se han añadido criterios separados para los niños de 6 años o menos.

Finalmente, el TEPT ya no se incluye entre los trastornos de ansiedad, sino en una nueva categoría denominada *Trastornos relacionados con traumas y eventos estresantes*. Dentro de esta categoría se encuentran el trastorno por estrés agudo, los trastornos de adaptación, el trastorno de apego afectivo y el trastorno de relación social desinhibida. Con respecto del DSM-IV TR, también el DSM-5 presenta algunos cambios. En el criterio A, al igual que en el trastorno por estrés agudo, hay que explicitar si el evento traumático fue experimentado directa o indirectamente, o se fue testigo, y se elimina el criterio A2 respecto a la reacción subjetiva.

6. Otras patologías:

Cabe decir que a medida que ha ido avanzando el estudio de las situaciones traumáticas, se han ido describiendo más clases de reacciones. Se ha definido así, el TEPT parcial y el trastorno de estrés postraumático. En ambos casos, no se acaba de cumplir el diagnóstico para un TEPT. También ha aparecido el TEPT complejo o trastorno por estrés extremo no especificado; este cuadro se asocia de preferencia con una historia de abuso interpersonal prolongado y severo (como abuso sexual, maltrato físico o experiencias bélicas prolongadas) y tiene generalmente un curso crónico y de difícil tratamiento.

Veamos algunas distinciones:

6.1- Estrés agudo:

Cía (2001) plantea que, el TEA (trastorno de estrés agudo) incluye la mayoría de los síntomas del TEPT y a otros relacionados a la disociación. Se incluyó esta categoría en el DSM IV para diagnosticar a los sujetos que exhibían los síntomas dentro de las primeras

cuatro semanas, dado que el TEPT no podía ser diagnosticado hasta un mes después de transcurrido el suceso traumático.

Según el DSM IV-TR (2001), el TEA se refiere a personas que han estado expuestas a un acontecimiento traumático que se caracteriza por muerte o amenaza a la propia integridad física o de los demás. A consecuencia de ello, las víctimas desarrollan una serie de síntomas disociativos: anestesia emocional, amnesia disociativa, desrealización, despersonalización y reducción de la atención.

Si bien los síntomas del TEA son muy similares a los del TEPT, deben durar como mínimo dos días y como máximo cuatro semanas, y aparecen dentro del primer mes que sigue al acontecimiento traumático. El TEPT no puede ser diagnosticado hasta, por lo menos cuatro semanas después de ocurrida la experiencia traumática.

A pesar de que el TEA es un predictor posible del TEPT, no todos los que presentan un TEA desarrollan luego un TEPT. Así mismo, personas que no desarrollaron un TEA pueden, posteriormente, sufrir un TEPT.

Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo (308.3) DSM IV:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.

2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido).
 3. Desrealización.
 4. despersonalización.
 5. amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).
- C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

6.2.- DSM-5 y TEA (trastorno de estrés agudo)

Los criterios del DSM-5 para el TEA son los siguientes (APA 2013):

A. Exposición a la ocurrencia o amenaza de muerte, lesiones graves o violación sexual en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso/s traumático/s.
2. Observación directa del suceso/s ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso/s traumático/s ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. Nota: En los casos de ocurrencia o amenaza de muerte de un familiar o amigo, el suceso/s ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso/s traumático/s (por ejemplo, socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: Esto no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y activación, que comienzan o empeoran después del suceso/s traumático:

Síntomas de intrusión

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusos del suceso/s traumático/s.

Nota: En los niños, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del suceso/s traumático/s.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso/s traumático/s.

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (por ejemplo, reviviscencias) en las que la persona siente o actúa como si se repitiera el suceso/s traumático/s.

(Estas reacciones se pueden producir en un continuo, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas intensas en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso/s traumático/s. Estado de ánimo negativo

5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p.ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos). Síntomas disociativos 6. Sentido alterado de la realidad del entorno o de uno mismo (por ejemplo, verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar aturdido, sentir que el tiempo pasa lentamente).

7. Incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso/s traumático/s (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

Síntomas de evitación

8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/s o estrechamente asociados con este.

9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/s o estrechamente asociados con este. Síntomas de activación

10. Alteración del sueño (por ejemplo., dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño inquieto).

11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

12. Hipervigilancia.

13. Problemas de concentración.

14. Respuesta de sobresalto exagerada.

C. La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma.

Nota: Los síntomas comienzan en general inmediatamente después del trauma, pero es necesario que persistan al menos durante tres días y hasta un mes para cumplir los criterios del trastorno.

D. El trastorno causa, de modo clínicamente significativo, malestar o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, medicamento o alcohol) u otra afección médica (por ejemplo, traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

Según el DSM-5, las personas con TEA suelen tener pensamientos catastróficos o extremadamente negativos acerca de su papel en el evento traumático, su respuesta a la experiencia traumática, o la probabilidad de un daño futuro.

Así, una persona con TEA puede sentirse excesivamente culpable por no haber impedido el evento traumático o por no adaptarse a la experiencia con más éxito. Los sujetos con TEA también pueden interpretar sus síntomas de manera catastrófica, de tal forma que las reviviscencias o entumecimiento emocional pueden ser interpretados como un signo de capacidad mental disminuida. Es frecuente que las personas con TEA experimenten ataques de pánico en el mes inicial después de la exposición al trauma, ataques que pueden ser provocados por recordatorios del trauma o que, en principio, podrían ocurrir de forma espontánea.

Igualmente, las personas con TEA pueden manifestar un comportamiento caótico (conducir imprudentemente, tomar decisiones irracionales, apostar en exceso). En los niños, se puede precipitar ansiedad como producto de separación significativa.

En los supuestos de duelo, a partir de una muerte que se produjo en circunstancias de trauma, los síntomas de TEA pueden conllevar reacciones de duelo agudas: recuerdos intrusos de las circunstancias de la muerte, la incredulidad de que la persona ha muerto e ira por la muerte. Los síntomas de conmoción cerebral (dolores de cabeza, mareos, sensibilidad a la luz o el sonido, irritabilidad, déficit de concentración) que se precipitan habitualmente al cabo de una lesión cerebral traumática leve se observan también con frecuencia en las personas con TEA.

6.3.- Trastorno por Estrés Extremo o TEPT Complejo:

Van de Kolk, en 2002, advirtió, después de un estudio de 384.000 beneficiarios del Medicaid en Massachussets, que la mayoría de la gente que busca tratamiento por problemas relacionados con el trauma, tienen historias de múltiples traumas.

Como consecuencia de los trabajos para desarrollar los criterios del DSM IV, se describió un síndrome de problemas psicológicos que se han visto frecuentemente asociados con historias de abusos interpersonales prolongados y severos. Es decir, se describió un perfil clínico de individuos que habían experimentado la exposición prolongada y repetida a sucesos traumáticos, denominándolo «Trastorno por Estrés Extremo No Especificado» (TEE), o «Trastorno por Estrés Postraumático Complejo» (Complex PTSD).

Herman (1992) describió las consecuencias sobre un individuo sometido a un control totalitario por un período prolongado de meses o años. Los ejemplos incluyen: ser secuestrado, o tomado como rehén, prisionero de guerra o de un campo de concentración, ser víctima de violencia doméstica, abuso físico y sexual infantil o explotación sexual organizada.

Según Cazabat (2001a) las situaciones descritas van más allá de las consecuencias que puede tener un único hecho traumático, ya que la degradación de la identidad y de su vida relacional provoca alteraciones profundas a nivel cognitivo, perceptual, de la regulación afectiva, en la autopercepción, en la personalidad y la identidad. Van der Kolk plantea que esto delineó un complejo de síntomas asociados con el trauma interpersonal temprano:

1. alteraciones en la regulación de los impulsos afectivos, incluyendo dificultad en la modulación de la ira y ser autodestructivo;
2. alteraciones de la atención y de la conciencia que lleva a amnesias, episodios disociativos y despersonalizaciones.
3. alteraciones en la autopercepción, tales como un sentido crónico de culpa y responsabilidad, sentimientos crónicos de vergüenza;
4. alteraciones en la relación con los otros, tales como no ser capaz de creer, no ser capaz de establecer relaciones de cercanía emocional con la gente;
5. somatización: el problema de sentir síntomas en un nivel somático para los cuales no se encuentra ninguna explicación médica;
6. alteraciones en los sistemas de creencias: pérdida de fe, desesperanza.

Estos ahora están detallados en el DSM como características asociadas al trastorno por estrés postraumático.

Cuanto más temprano el trauma, y más larga su duración, mayor es la probabilidad de que la gente sufriera todos estos síntomas en alto grado, que constituyen el diagnóstico de trastorno por estrés extremo.

6.4- Desórdenes por disrupción

Benyakar (2003a) define «desórdenes por disrupción» a «los desórdenes psíquicos activados por la irrupción de eventos o situaciones fácticas, que producen en el sujeto distorsiones de la vivencia afectando, de esa manera, las cualidades de la experiencia»

Los desórdenes por interrupción dan lugar a las «patologías de lo disruptivo» que son aquellas en las que un cambio que ocurre en el afuera impacta en el adentro produciendo



distorsiones vivenciales, o sea, vivencias traumáticas, de estrés, ominosas o de ansiedad. Esto distingue las patologías por interrupción de las neurosis en las cuales es la distorsión intrapsíquica del sujeto lo que transforma la relación con el entorno.

Según el autor, la vivencia traumática es sólo una de las posibles respuestas a la irrupción del mundo externo en el interno y es, precisamente, la desarticulación que se produce como efecto de la interrupción de la función articuladora del afecto y la representación. El estrés, en cambio, es la respuesta que consiste en una distorsión de la articulación, sujeta a una tensión máxima pero que, sin embargo, no llega al corte. De esto se desprende que una de las diferencias fundamentales entre lo que pertenece al estrés y lo que corresponde a lo traumático, explica el autor, es el destino de la articulación. Así, en la vivencia de estrés hay una articulación distorsionada mientras que en la traumática hay una desarticulación, un corte o quiebre, del afecto y la representación.

Síndrome de ansiedad por interrupción (SAD)

Este síndrome designa el cuadro que genera en algunas personas el mero hecho de vivir en esa clase de entornos disruptivos que, al sostenerse en el tiempo, sufren un deterioro paulatino, desigual y progresivo, causando padecimientos que obedecen a la irrupción de esos entornos en el psiquismo de las personas.

Según el autor, esto lleva a los profesionales de salud mental a desviar la mirada del mundo interno del sujeto al papel que juega la dinámica del mundo externo en los procesos psíquicos que ocurren en las personas. Las formas actuales de articulación entre lo social y lo individual producen cuadros sintomáticos que ya no encajan en las categorías habituales y piden que los profesionales de salud mental se acerquen a la experiencia singular, idiosincrásica, dependiente de la estructura psíquica de cada individuo, a través de una lente pulida por las características de los eventos fácticos asociados con esa experiencia (Benyakar, 2003a).

Según plantea el autor, en el SAD la ansiedad emerge porque el psiquismo percibe, adecuadamente, que los referentes y los significados instituidos del entorno, que proporcionan contención y facilitan enfrentar las situaciones, ya no están ahí. Las cadenas que asociaban unos hechos con otros se desdibujan porque los hechos mismos pierden sus viejos y conocidos significados. Por ejemplo, cuando un sobre con una carta deja de ser el vehículo para la comunicación entre personas y se convierte en un arma letal. Por tanto, desaparecen los parámetros que ofrecían las referencias fijas a partir de las cuales evaluar y cuestionar la realidad externa y la interna.

Descripción del SAD

Diversos investigadores y profesionales de la salud mental concuerdan en que los fenómenos psíquicos observados y agrupados bajo la denominación SAD son:

- Estados profundos de desorientación e incertidumbre respecto del presente y, sobre todo, del futuro por la ausencia de parámetros confiables que permitan sostenerse en el pasado, actuar en el presente y planificar el futuro. Los cambios repentinos en las normas que, profundamente incorporadas a la cultura y la subjetividad, enmarcan y regulan las acciones cotidianas desbaratan los recursos simbólicos. Así, los individuos pierden la capacidad para interpretar las situaciones que viven, y por tanto, el presente pierde su sentido y arrastra consigo al futuro.

- Vivencias personales de desamparo e impotencia porque las instituciones sociales, que normalmente aseguran la vigencia de los marcos normativos, se ven desbordadas por los acontecimientos y ya no pueden garantizar las reglas de convivencia ni cumplir con las funciones para las que fueron creadas.
- Sensación de estar atrapado, de no poder escapar a las situaciones amenazantes, ya que el actual desarrollo de los medios de difusión universaliza los temores y no permite que queden resquicios donde sentirse a salvo.
- Un miedo difuso pero permanente, muchas veces no reconocido como tal, se instala como resultado de vivenciar la presencia constante de peligros larvados de origen no identificable.
- El miedo dispara sentimientos cada vez más hondos e indiscriminados de desconfianza, sospecha y desvalorización de los otros. Estas emociones exacerbadas en relación con las personas a quienes compete la responsabilidad de asegurar la estabilidad normativa e institucional, o sea, funcionarios y dirigentes, pueden desembocar en ira.
- La desconfianza promueve el aislamiento y éste, a su vez, subraya la desconfianza. Se establece así una espiral que empuja a las personas afectadas a asumir conductas egoístas, indiferentes o incluso hostiles.
- En quienes estos comportamientos no son habituales, son frecuente los sentimientos de malestar, de culpa y las actitudes de culpar a otros.
- Las personas que no pueden manifestar su ira caen presas de sentimientos de indefensión y anonadamiento que a veces las llevan a la parálisis.
- La incertidumbre ocasionada por el cambio en las reglas de juego alienta el sentimiento de impotencia. Incertidumbre e impotencia combinadas inhiben la capacidad para tomar decisiones y/ o sostenerlas una vez tomadas. Es común que personas que se sientan de esta manera caigan en estados de abulia. O que, por el contrario, recurran a una hiperactividad sin rédito y desgastante.
- El carácter inasible de las amenazas agrava la tendencia humana a establecer culpables visibles e identificables sobre quienes descargar la frustración. A su vez estas actitudes, a

menudo irracionales, necesitan ser justificadas, lo cual incrementa la necesidad de aferrarse a certezas absolutas.

- Pueden darse estados de confusión leve. El desconcierto resultante instala en algunas personas la duda acerca de la validez y adecuación de los propios sentimientos y percepciones, y las hace dependientes de la opinión de otros que puedan confirmarlos. Si esta dependencia se establece con personas que enarbolan las buscadas certezas absolutas, quedan establecidas para el desarrollo de adhesiones fanáticas.

- Es muy frecuente la necesidad imperiosa de hablar insistentemente acerca de lo que sucede; de expresar a otros, una y otra vez, los temores, las inseguridades, los desconciertos, como si de ese modo pudieran disiparse o como buscando validar sus vivencias y certificar que la amenaza existe, que no es mero producto de su subjetividad.-

- Al hacerlo, sin embargo, la persona se transforma, consciente o inconscientemente, en un «agente propagador del caos» que magnifica y potencia el malestar general y teme estar personalmente involucrada en la generación de su propia desazón y de la ajena. Aun cuando quien así sienta tenga la certeza de que no hay nada más alejado de su deseo que ese resultado y que nada hizo que justifique el temor que siente en ese sentido, se apodera de ella un sentimiento generalmente injustificado de complicidad con lo que amenaza.

-Esta sensación de complicidad se refuerza debido a que la amenaza no puede ser reconocida como totalmente ajena al individuo.

-Puede ocurrir que quienes se saben inocentes, exentos de responsabilidad directa alguna en relación con los acontecimientos externos que producen la disfunción generalizada del entorno, también se sientan atrapados en una penosa situación dentro de la cual ninguna de las respuestas posibles está a salvo de adquirir el sentido que el enemigo ignoto, no identificable, le confiera. No poder dominar el sentido de las propias acciones es una experiencia terrorífica muy frecuente entre las personas que viven en un entorno organizado alrededor de la amenaza terrorista, porque significa que cualquier

conducta que asuman terminará, fatalmente, siendo una prueba del éxito de la acción terrorista.

- En tanto el miedo rechaza toda forma de adaptación, las personas asumen conductas pseudoadaptativas, por ejemplo, privarse de ir a cines o a supermercados o de viajar en vehículos públicos, como si con ello se pudiera acrecentar la seguridad personal.

- La compulsión a hablar suele ir acompañada de otra de signo contrario: la de consumir noticieros televisivos y radiofónicos, diarios y revistas, chismes y rumores, buscando la información que aclare y calme. Esta necesidad, que no parece satisfacerse nunca, acrecienta el consumo de datos hasta niveles intoxicantes que desgastan la capacidad crítica de los sujetos.

Rasgos específicos y comunes con otros síndromes

Benyakar (2003a) plantea que algunas de las manifestaciones clínicas que presentan las personas afectadas por el SAD son comunes a los cuadros de ansiedad generalizada, los ansio depresivos, la depresión, el estrés agudo y el estrés postraumático. Sin embargo, estas manifestaciones clínicas:

- No cumplen con los criterios que las clasificaciones actuales requieren para establecer tales diagnósticos.
- Mucha de la fenomenología que se presenta en el SAD no aparece en ninguno de los otros cuadros.
- Tampoco es posible ubicar este síndrome dentro de los trastornos por ansiedad no especificada.
- Dado que las personas que presentan manifestaciones del SAD no despliegan defensas tanto psíquicas como conductuales adecuadas porque el medio no lo permite, la sintomatología no puede incluirse dentro de los cuadros de estrés, ni calificarse como vivencias traumáticas.

Según el autor, estos argumentos justifican la postulación de la existencia del síndrome de ansiedad por disrupción y llevan a insistir en la necesidad de considerarlo una entidad



nosológica en sí misma. Y justamente por ello, es preciso señalar las características propias, inherentes, al SAD que le confieren su singularidad.

Particularidades del SAD

1. La situación disruptiva no causa el colapso del psiquismo y por ello el SAD no puede ser incluido en la categoría de vivencias traumáticas.
2. El factor disruptivo no puede ser identificado como una amenaza, por lo que no puede hablarse de «vivencias» de estrés.
3. Las personas sienten que los sucesos disruptivos- externos, complejos, difusos, constantes, omnipresentes- son causados por ellas mismas, aun cuando no se encuentren involucradas ni directa ni indirectamente en su ocurrencia.
4. De igual modo que en los trastornos distímicos y por ansiedad originados en el psiquismo individual, el SAD también produce disfunciones en las conductas sociales, laborales, familiares. Pero, en este caso, el sufrimiento individual reconoce su origen no en el factor subjetivo sino en la distorsión del entorno y la pérdida objetiva de los roles y posiciones económicas y sociales (trabajo, ingresos, vivienda, vestimenta, etc.) que sostienen la identidad de los individuos.
5. A diferencia de los cuadros caracterizados como trastornos de ansiedad, en los cuales el individuo tiende a ocultar o esconder sus síntomas, el SAD se caracteriza por la necesidad pseudocompulsiva de hablar y compartir los sufrimientos.

6. Los sufrimientos más comunes son incapacidad para concentrarse, desinterés por el afuera, impotencia vital por deslibidinización de las relaciones cotidianas, astenia mental o física, fatiga, inquietud e impaciencia, letargo o su contrario: hiperactividad sin beneficio y aun debilitante; desesperanza, incapacidad de proyectar, tendencia a sobrereactuar el temor, baja autoestima. Son frecuentes, también, los desórdenes del sueño, sea insomnio o hipersomnía, la tendencia a la somatización y a los ligeros desórdenes alimentarios.

7. El soma se transforma en el receptor de ansiedades psíquicas no procesadas, así como en el medio para expresar lo que no puede decirse. La tendencia a somatizar concomitante no va acompañada del correspondiente interés y preocupación de parte de los afectados de SAD por los síntomas somáticos que les aparecen.

8. Por último, el abordaje clínico del SAD reconoce una especial complejidad ya que el tratamiento se desarrolla en un entorno disruptivo que afecta y conmueve tanto a los pacientes como a sus eventuales terapeutas.

Curso Clínico del TEPT:

La respuesta inicial a un hecho traumático puede ser variable en intensidad desde síntomas aislados hasta constituirse en un TEPT. Cuando la sintomatología dura más de un mes, diremos que se trata de un TEPT. En investigaciones en accidentes de trabajo, se ha encontrado que el 40% de los pacientes que presentaron un TEPT, evolucionaron hacia un TEPT.

Algunos datos estadísticos de estudios realizados nos pueden ayudar a tener una idea sobre el posible curso clínico: En el caso de víctimas de violación, un 47% presenta los síntomas propios a los 9 meses del hecho traumático. A largo plazo, entre 11 y 17 años, todavía un 16% mantiene los síntomas. En víctimas de accidentes de coches, a los tres años del seguimiento, un 11% sigue presentando los síntomas. En general, se puede considerar que entre el 10% y el 15% de los pacientes con TEPT, evolucionan hacia la cronicidad.

En pacientes que han sufrido accidentes con lesiones físicas graves y que fueron seguidos durante un año, se encontró síntomas de TEPT en el 30% a 40%. En estos estudios, aparece como factor de riesgo importante el haber sufrido un trauma previo severo, y el abusar de sustancias. La intensidad de los síntomas de TEPT fue el factor que determinó una peor evolución.

Beneficios secundarios: Un posicionamiento saludable a la hora de la intervención

Los daños sufridos por situaciones de estrés postraumático, ha provocado la aparición de las reparaciones económicas y asistenciales desde lo social.

Tengamos en cuenta que se produce un daño psíquico allí donde los sujetos funcionaban dentro de parámetros adaptativos. La sensación del “damnificado” es que un factor externo, social o producto de la naturaleza, le ha provocado un daño. Por tanto, es ese factor el responsable y debe pagar por las consecuencias. A pesar de no existir daño físico, la persona puede verse incapacitada para sus labores cotidianas, recibiendo beneficios del entorno social para seguir subsistiendo. Estos beneficios son, en muchos casos, imprescindibles y sumamente importantes para que el individuo pueda superar el cuadro. Mas la problemática es compleja, muchas veces, mientras la sensación de daño irreparable subsista, la persona no abandonará la exigencia que el daño sea compensado de alguna manera, y no se correrá tan fácilmente del lugar de damnificado crónico.

El profesional de la salud debe tener en cuenta esta problemática, para poder ayudar al damnificado a que se pueda correr de esta situación, pues en caso contrario está el peligro de la cronificación de la discapacidad. Tenemos tener en cuenta que también puede existir cierta tendencia social a victimizar al perjudicado. Es importante por tanto que los profesionales de la salud mental tomen parte en la decisión y forma de

adjudicación de las indemnizaciones, así como en la decisión de incluir a los sujetos en programas de rehabilitación.

Bibliografía

Caplan, G. Principios de psiquiatría preventiva. Ed. Paidós. Bs As 1978.

Chemama, R. Diccionario de Psicoanálisis. Amorrortu, Bs As 1995

Freud, S. Obras Completas. Biblioteca Nueva. Textos específicos: Psicología de las masas y análisis del Yo (1921); Tótem y Tabú (1913)

Kaplan, H; Sadock, B. Sinopsis de Psiquiatría. 8ª ed. Ed. Médica Panamericana, Madrid 2000.

Kubler-Ross, E. Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido. Ediciones Martínez Roca. Bcn 1998.

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor, Madrid 1983.

Laplanche, J. La angustia. Amorrortu editores, Bs As 1980

Manuales diagnósticos APA DSM-IV (1994), DSM-IV TR (2000), DSM-5 (2013)

Moore, B.E, Fine, B.D. Términos y conceptos psicoanalíticos. Biblioteca Nueva, Madrid 1997.

Vallejo, A. Vocabulario lacaniano. Helguero Ediciones, 1987.

Cuestiones

1. Definición de trauma y de crisis.
2. La angustia de muerte. Elaboración y articulación con la angustia de castración.
3. Qué dos aspectos más importantes rescatarías de la teoría de la crisis.
4. El estresor en el TEPT en sus diversas ediciones. Definición. ¿Cuál crees que es el grado de importancia en el desarrollo del cuadro traumático?
5. Diferencias entre TEPT, TEA y SAD.
6. Importancia de la intencionalidad humana como desencadenante de siniestros.
7. Cualquier otro tipo de reflexiones.