

**TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: CON HAITÍ- EN EL CORAZÓN**

**Consulta Psiquiátrica**

Enviado por :

Publicado el : 4/3/2010 18:00:00

Dra. Gioconda Batres Méndez

Médica Psiquiatra

San José, Costa Rica

Febrero 2010

Los desastres naturales, como los terremotos, son inevitables. Los causados por seres humanos no. Durante los desastres producidos por la naturaleza se cometen barbaries inimaginables contra las víctimas: mujeres, niños, los ancianos y pobres.

Este artículo está escrito para apoyar a quienes están ofreciendo su valiosa ayuda a las víctimas que sufren por el terremoto de Haití, y también para generar conocimiento sobre los efectos de esta catástrofe.

En mi lucha contra la violencia sexual contra niños y niñas, he adquirido una valiosa experiencia en el conocimiento sobre el trastorno de estrés posttraumático. Este se genera después de un evento traumático. Esta vez son las víctimas del terremoto quienes me impulsan a escribir, porque el desconocimiento lleva a la revictimización.

Este trastorno ha tenido varios nombres a lo largo de la historia, por ejemplo, neurosis de guerra y fatiga de combate. Se ha relacionado también con situaciones en las cuales los traumas son ineludibles y además, con los traumas producidos por el ser humano, como el abuso sexual, la violencia doméstica, la tortura y las víctimas de sectas, entre otras situaciones.

Este trastorno tiene como requisito que el traumatismo haya puesto en riesgo la vida o integridad propia o de las otras personas y que produzca temor intenso o sensación de parálisis.

Sus tres dimensiones sintomáticas son:

1. Repeticiones vívidas (como si acabaran de ocurrir) del hecho traumático, en la forma de pensamientos intrusivos, percepciones, recuerdos, sueños o pesadillas, que se presentan espontáneamente o como respuesta a escenarios asociados al trauma. Se acompañan de intensas reacciones psicológicas y fisiológicas, aisladas o combinadas.
2. Evitación persistente de los estímulos asociados al trauma y embotamiento de la experiencia del

mundo. La persona se aísla y se siente como “muerta por el miedo”.

3. Estado de hipervigilancia, manifestado por dificultades para conciliar el sueño (o para mantenerlo) y para concentrarse. También incluye irritabilidad y tendencia a experimentar reacciones de terror.

Si se toman en cuenta la frecuencia de la violencia doméstica, las violaciones, la violencia urbana, los accidentes y los conflictos bélicos que se dan diariamente, es fácil concluir que una importante proporción de la población se ve expuesta a presentar el trastorno. Sin embargo, quienes asisten a las víctimas tienen también una probabilidad alta de desarrollarlo.

En este artículo quiero referirme al estrés postraumático crónico, es decir, aquel en el que los síntomas persisten por más de tres meses después del trauma.

Cuando este padecimiento se desarrolla, se dan cambios biológicos en el cerebro, por eso es importante conocer las bases orgánicas, pues de esa manera, será posible dar un mejor tratamiento. Lo que sucede a nivel físico es que el cuerpo no se puede recuperar de una situación traumática y queda respondiendo a una especie de “falsa alarma”, aún cuando los sucesos ya no ocurran. En la actualidad existen evidencias científicas que demuestran que varios sistemas neuroendocrinos se desregulan y producen alteraciones funcionales que se manifiestan como síntomas.

La evaluación inicial dependerá entonces del acontecimiento traumático, es decir, si se sufrió un abuso sexual, una catástrofe natural o el impacto de la información relacionada con ese acontecimiento. Empero, para valorar ese impacto, resulta vital considerar la respuesta que ha tenido la persona con respecto al trauma, así como los aspectos individuales, tales como la personalidad, los vínculos personales y la posibilidad de recibir tratamiento.

Hay que tener en cuenta que los pacientes tal vez no puedan recordar sus sentimientos de miedo, desesperanza o temor, porque por sobrevivencia se han disociado, es decir, se han separado de la memoria el dolor del acontecimiento.

Los aspectos sociales son también de gran valor en esta valoración. Entre ellos tenemos la pobreza, las pérdidas y el sufrimiento en general. Imaginemos entonces, las condiciones psiquiátricas en que se encuentran las personas en Haití, lugar donde convergen todos los factores agravantes. El riesgo de suicidio además es alto.

Para iniciar el tratamiento hay que pensar en un lugar seguro y establecer la confianza para que el paciente exprese sus temores. Puede ocurrir que también la persona sienta miedo de que el tratamiento le vaya a causar mayores dolores emocionales y por eso, este tipo de terapia debe ser directiva y educativa, para proporcionarles a los pacientes seguridad.

Además, es fundamental explicarle al individuo muy claramente el tipo de desorden que está sufriendo, su evaluación y diagnóstico, el tratamiento requerido y la medicación que deberá consumir.

Este tratamiento está dirigido a:

- a. Reducir los síntomas
- b. Guiar al paciente para que maneje el malestar de forma segura para él y para que conozca la

posible aparición de secuelas traumáticas.

c. Ayudar a reducir el surgimiento de conductas de evasión, ansiedad, alteraciones del sueño y conductas que restringen la vida cotidiana.

d. Mejorar la actividad en general y restaurar la seguridad.

e. Proteger de las recaídas

f. Desarrollar estrategias para solucionar problemas.

g. Integrar el significado del trauma.

Por tanto, el abordaje tiene tres caminos:

- Psicofarmacología.

- Psicoterapia.

- Medidas de educación y apoyo.

El contexto cultural y la visión de la sociedad pueden incidir en el manejo de este trastorno. Por eso es importante que el paciente reciba el apoyo de todo su entorno, con el fin de que supere su mal.

Al terminar este artículo supe sobre el terremoto en Chile, para las víctimas de este también devastador evento, va mi respeto y consideración.