

LA CRISIS Y UNA DE SUS CONSECUENCIAS: EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Nº de Ref: 701662026
Código: 8cof1539606

Resumen

La actual crisis económica, que estamos viviendo en todo el mundo, puede llegar a producir una sensación de ansiedad, baja autoestima y agresividad, y puede afectar a muchas áreas de la vida cotidiana de cualquier persona y desembocar en un desajuste emocional.

Esta sensación de sobrecarga produce un círculo negativo, por ejemplo, en áreas laborales, con disminución del desempeño y aumento del estrés. Hay personas que realmente no se encuentran influenciados por la crisis directamente, pero sí sienten criterios de inadaptación que los desajustan a nivel emocional, por miedo a llegar a padecer dicha crisis.

Diversos estudios han indicado una mayor prevalencia de enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de

ansiedad, entre los que especialmente destacan la cardiopatía, la neumopatía, las enfermedades digestivas y la cefalea.

La crisis aumenta la "inseguridad" de las personas ante la pérdida de empleo o la imposibilidad de hacer frente a pagos adquiridos, lo que puede llevar a un cuadro severo de estrés y a "conductas de riesgo", como son la bebida o las drogas, y/o desembocar en trastornos psíquicos e incluso mentales, como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

El cuadro caracterizado por ansiedad persistente, hipervigilancia y conductas de evitación fóbicas, es característico del Trastorno de Estrés Postraumático y en la sociedad actual, por desgracia, con la llegada de la crisis económica, es tema repetitivo y manifiesto en un gran número de pacientes que acuden en busca de solución a nuestro Centro Médico Psicossomático en Sevilla.

1. Introducción

En 1980 se acuñó oficialmente, en la terminología psiquiátrica, la denominación de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), en la tercera versión de la clasificación diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III). Desde esa fecha en adelante, este cuadro clínico ha cobrado gran importancia, hasta alcanzar su máxima divulgación con ocasión de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 a las Torres Gemelas del World Trade Center, en Nueva York, y al Pentágono, en Washington.

El TEPT se caracteriza por una tríada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y

síntomas de hiperalerta en respuesta a un acontecimiento traumático, que puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad. Este diagnóstico constituye un problema de salud pública por su **alta prevalencia, por afectar preferentemente a población activa, por presentarse tanto en población general como en combatientes, por la incapacidad que genera y por los altos costos de salud que implica**. Es un cuadro que en general ha sido infradiagnosticado y por ende infratratado.

La crisis económica por la que está atravesando la economía a nivel mundial, no sólo repercute en las arcas de los países que la padecen, sino también en la salud de la población en general que ve como los refuerzos económicos, sociales, laborales, etc. van mermando de tal forma que llegan a constituir un factor de riesgo para la salud de cualquier individuo. Hay datos suficientes para sospechar que esta crisis puede afectar a la salud mental de las personas. Disponemos de varios encuestas españolas (Encuestas Nacionales de Salud, del MSC), y europeas (ESEMeD/MEDEA) que evidencian que los niveles socioeconómicos bajos y la pérdida de estatus socio-económico se asocian a peores autoevaluaciones de salud y altos índices de morbilidad psiquiátrica, así como aumento del consumo de recursos sanitarios.

Las razones son varias. Hay factores objetivos, como la pérdida de recursos, restricción de medios y opciones, disminución de la calidad de vida, etc. **Pero lo peor es la percepción de inseguridad, la anticipación ansiosa y pesimista del futuro, la rumiación de los problemas... que producen ansiedad e insomnio, los cuales a su vez acaban generando síntomas depresivos y psicósomáticos.**

Es más, se ha comprobado que **el mayor factor de riesgo para la salud emocional no es tanto la pérdida**

objetiva de recursos o apoyos como la percepción subjetiva de disminución de apoyos percibidos. La creencia subjetiva de que llegado el caso no vas a disponer de apoyos externos para salir adelante, ya sean familiares, laborales o sociales, incluyendo los financieros. Así pues, no es de extrañar que en esta situación los médicos diagnostiquen más trastornos adaptativos con ansiedad y/o depresión, y que aumente la prescripción de ansiolíticos y antidepresivos, así como la concesión de bajas laborales.

2. Historia

Si bien la mayor cantidad de descripciones clínicas de cuadros que corresponden al actual concepto de TEPT fueron publicadas durante el siglo XX, también debe tenerse en cuenta que los primeros relatos provienen de 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 los soldados que habían participado en la Batalla de Maratón.

La Revolución Francesa y la figura de P. Pinel dan inicio a la moderna psiquiatría y se incorpora esta especialidad al resto de la medicina. Los médicos militares en esa época propusieron hipótesis etiológicas para explicar los síntomas observados por algunos soldados a consecuencia de las explosiones de granadas, aunque no presentaran lesiones físicas. También resulta interesante la descripción que hace P. Pinel sobre los síntomas experimentados por el filósofo B. Pascal con posterioridad a un accidente de su carruaje al caer al río Sena en el cual él estuvo a punto de ahogarse. B. Pascal vivió ocho años más y se mantuvieron las pesadillas con un precipicio al lado izquierdo, por lo que cada noche colocaba una silla a ese lado de la cama para evitar caerse.

Tomando en cuenta los síntomas experimentados por los soldados y el efecto provocado por algunos hechos traumáticos en la población civil, P. Pinel describió la "neurosis cardiorrespiratoria" y los estados postraumáticos estuporosos que denominó "idiotismo". Estas descripciones corresponden al concepto de neurosis de guerra que aparecerá posteriormente.

El progreso tecnológico y la aparición de los ferrocarriles se acompañaron de algunos accidentes graves y en los sobrevivientes aparecieron síntomas psicológicos, los que fueron adjudicados por algunos médicos a lesiones microscópicas de la columna o del cerebro. En cambio, otros especialistas postularon que los síntomas se debían al shock emocional y tenían características histéricas. Así, se inició una controversia para explicar los síntomas del TEPT, oponiendo una aproximación biológica con otra psicológica.

Alejándose del escenario bélico, el médico alemán H. Oppenheim acuñó el término "neurosis traumática" en 1884 para referirse a los síntomas presentados por pacientes que habían sobrevivido a accidentes ferroviarios o en su lugar de trabajo.

Hacia fines del siglo XIX cobraron gran importancia los aportes de J.M. Charcot, P. Janet y S. Freud. En sus primeros cuatro libros P. Janet describió los cuadros clínicos de 591 pacientes y en casi la mitad de ellos los fenómenos psicopatológicos eran explicables por un origen traumático. P. Janet se refirió a las "emociones vehementes" que ocurrían en los pacientes durante un acontecimiento traumático, las cuales impedían integrar esa experiencia agobiadora; de ese modo **se constituía una memoria traumática, la cual estaba dissociada de la conciencia y sin control de la voluntad.** En esta explicación de los

fenómenos psicopatológicos encontramos algunos elementos centrales para el manejo psicoterapéutico de los pacientes con TEPT.

La I Guerra Mundial nos legó el término "*shell shock*" que aludía a las reacciones de los soldados en el frente de batalla a causa de las explosiones de las minas y de las granadas o bien al hecho de ser testigos de las horribles muertes de sus compañeros, lo que provocaba estados de mutismo, sordera, temblor generalizado, incapacidad para caminar o mantenerse de pie, pérdidas de conciencia o pseudoconvulsiones. En 1915 en un artículo de *The Lancet* apareció el término "*shell shock*" que correspondía a la descripción de la pérdida de memoria, visión, gusto y olfato que presentaron tres soldados.

En 1895, S. Freud, publica "Estudios sobre la Histeria", donde propone la dimensión inconsciente del registro traumático y elabora la explicación dinámica del conflicto subyacente, enfatizando sobre el carácter somático de la neurosis traumática "... el sujeto imposibilitado de responder, ni con una descarga adecuada, ni con una elaboración psíquica al flujo desmesurado de excitación que recibe y que amenaza su integridad, tenderá a repetir, de manera compulsiva, especialmente en sus sueños, la experiencia traumática...". Las correlaciones entre síntomas psicológicos producidos por accidentes y los sufridos por soldados en situación de combate se sucedieron en los años posteriores: Guerra Ruso- Japonesa (1904-1906) y I Guerra Mundial (1914-1918), en la que se introduce el término de "neurosis de guerra". La experiencia de dicha guerra hace que al iniciar la segunda conflagración mundial se tomaran algunas medidas de prevención, especialmente en EE.UU, en cuyo ejército se realizó una preselección de los ciudadanos que se incorporaron a filas así como la organización de

servicios de atención psiquiátrica para los combatientes que presentaban síntomas psíquicos.

Desde el punto de vista etiopatogénico fueron señalados la violencia de los combates, la duración de la exposición a los mismos, la cohesión del grupo y los conflictos intrapsíquicos previos, que parecieron ser más importantes que el miedo y el agotamiento.

El rol predisponente de la personalidad y de la preexistencia de neurosis fueron admitidos por todos los que la estudiaron.

En 1936 Hans Selye presenta y argumenta el "síndrome general de adaptación", en el que explica el concepto de estrés y los distintos tipos del mismo.

En EE.UU la experiencia de la guerra del Vietnam (1964-1975), llevó a que apareciera por vez primera en el Manual Diagnóstico Internacional de las Enfermedades Mentales (DSM-III) 1980, la denominación de "Trastorno de estrés postraumático" (TEPT). **En los últimos años las reacciones psíquicas producidas no sólo por los accidentes de trabajo y de tráfico, sino también por la violencia social en "tiempos de paz" (violaciones y abuso sexual, asaltos a mano armada, terrorismo urbano, abuso de drogas, maltrato infantil, así como las catástrofes naturales y el conocimiento de las consecuencias psiquiátricas de las torturas por móviles políticos) han supuesto la integración de dichos cuadros en este trastorno.**

3. Definición

El término TEPT engloba dos aspectos bien definidos: por una parte una respuesta de estrés que naturalmente es patológica, y, por otra, el trauma. Estrés es un concepto científico, que alude a una respuesta inespecífica del organismo ante una demanda. Frente a un estresor, el organismo responderá buscando la adaptación y el equilibrio (homeostasis). El estresor puede ser físico o psicológico, y la respuesta puede resultar adaptativa (eustrés) o patológica (distrés). De acuerdo con el concepto científico de estrés se podría tener una denominación más adecuada para el TEPT y que no llevara a confusión, como podría ser "trastorno por distrés postraumático". Por otra parte, **la respuesta de estrés de los pacientes con TEPT no corresponde a una exageración de la respuesta normal de estrés, sino que incluye diversos indicadores biológicos que permiten caracterizar e individualizar la respuesta específica de este cuadro clínico.**

El vocablo trauma proviene del griego y significa herida. En el TEPT lo central es el trauma psíquico; es decir, **el impacto emocional de un determinado suceso capaz de provocar una serie de manifestaciones físicas y psicológicas.** El acontecimiento traumático ha sido definido por la Asociación Psiquiátrica Americana como aquella situación psicológicamente estresante que sobrepasa el repertorio de las experiencias habituales de la vida (como puede ser un duelo simple, una enfermedad crónica, una pérdida económica o un conflicto sentimental), que afectará prácticamente a todas las personas y que provocará un intenso miedo, terror y desesperanza, con una seria amenaza para la vida o la integridad física personal o de un tercero. En este sentido el trauma se vincula directamente con los desastres, los que pueden clasificarse, de acuerdo con su origen, en naturales (terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, tornados), accidentales (incendios forestales,

accidentes de tránsito, choques de aviones) o provocados deliberadamente por el hombre (violaciones, torturas, cautiverios, ataques terroristas, asaltos, maltrato infantil).

El acontecimiento traumático provocará una demanda para el organismo y, dependiendo del contexto biopsicosocial del sujeto, los mecanismos de adaptación serán suficientes o insuficientes para poder conseguir una estabilización, en un determinado lapso de tiempo, y a un determinado costo, para esa persona.

El impacto de un trauma puede durar desde algunos segundos, hasta horas, días o meses. Puede ocurrir en forma única (accidente de tránsito) o reiterada (combate, maltrato infantil intrafamiliar). Podrá tener consecuencias físicas, psicológicas y sociales, tanto a nivel individual como colectivo, (que pueden aparecer de inmediato o a largo plazo) y pueden originar las más diversas manifestaciones clínicas, que van desde síntomas emocionales aislados, hasta un cuadro psicótico. **Las diferentes respuestas psicológicas estarán en función del significado que adquiera el hecho traumático, lo que dependerá de la interacción entre el tipo e intensidad del acontecimiento traumático, la biografía del sujeto, los factores biológicos y el contexto social.**

Deseamos señalar una aportación teórica a la sistematización clínica de TEPT hecha por L.C. Teer, en 1991, que sugiere dividir los tipos de estrés postraumático en tres categorías:

- **Tipo I:** El hecho traumático o estresante sería único, agudo, repentino, sorpresivo e inusual. En la clínica predominarían las conductas de evitación, hipervigilancia, percepciones erróneas del recuerdo y memoria detallada del suceso.

- **Tipo II:** Largo período de exposición a situaciones traumáticas y de estrés intensas, dando lugar como rasgos clínicos más relevantes a la negación, fenómenos de auto-hipnosis, anestesia corporal, sensación de rabia y tristeza acumuladas y cambios profundos y radicales de carácter.

- **Tipo mixto:** Tras presentar un estrés agudo, brusco, repentino (equiparables a los del tipo I), éste desencadena una situación estresante mantenida (con características similares al tipo II), y una clínica en la que destacaría la depresión, como síntoma más característico.

El TEPT es el único trastorno que está relacionado directamente con un acontecimiento traumático específico. Esto no ocurre con ninguna otra enfermedad mental. Existen muchas que pueden surgir a raíz de situaciones estresantes o de un estrés crónico. De hecho el modelo de vulnerabilidad al estrés ha sido aplicado a gran parte de las enfermedades que conocemos en la actualidad. Pero en el diagnóstico del TEPT **tiene que existir un acontecimiento traumático que desencadene el cuadro.**

Razonando en sentido inverso, si no existe un acontecimiento no puede existir un diagnóstico de TEPT.

4. Criterios diagnóstico

Los Criterios Diagnósticos para el Estrés Postraumático, en el DSM-IV-TR quedan definidos así:

A) La persona ha estado expuesta a un **acontecimiento traumático** en el que ha existido:

1. La persona *ha experimentado, presenciado o le han explicado* uno o más acontecimientos caracteriza-

dos por *muerdes 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* (en 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* (en niños puede expresarse a través de juegos repetitivos donde aparecen temas característicos del trauma)

2. *Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar* (en 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 viviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y *episodios disociativos de flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse) Los niños pequeños pueden rescenificar 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 externos o internos 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.

7. Sensación de un futuro desolador.

D) **Síntomas persistentes de aumento de la activación** (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 (B, C y D) **se prolongan más de un 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.

Los criterios del **DSM-III-R** eran más exigentes que los del **DSM-IV** a la hora de definir lo que se considera un acontecimiento traumático. El **DSM-III-R** establecía que el acontecimiento traumático debía estar fuera del rango de las experiencias humanas habituales (desastres naturales, violación o tortura). El acontecimiento traumático debe ser marcadamente estresante para cualquier ser humano. Debe ser vivido con un miedo intenso, terror y desamparo.

En el **DSM-IV** se han introducido modificaciones. Se ha eliminado la parte de la definición que decía que debía ser más allá de la experiencia humana cotidiana. También se ha eliminado la exigencia de que el estresor deba producir gran estrés en cualquier persona. De este modo puede haber personas que, ante pequeños traumas, respondan de una manera catastrófica con un **TEPT**.

Paralelamente, se exponen los **criterios diagnósticos defendidos por la CIE-10 para TEPT:**

A. El paciente ha debido exponerse a un acontecimiento estresante o situación (tanto

breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profunda incomodidad en casi todo el mundo.

B. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas ("flashbacks"), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.

C. Evitación de circunstancias parecidas relacionadas al agente estresante (no presentes antes de la exposición al mismo).

D. Una de las dos:

1) Incapacidades para recordar parcial o completa, respecto a aspectos importantes

del período de exposición al agente estresante

2) Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes

de la exposición al agente estresante) puestos de manifiesto por al menos dos de los

síntomas siguientes:

a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño

b) Irritabilidad

c) Dificultad de concentración

d) Facilidad para distraerse

e) Respuesta de alarma (sobresaltos) y aprensión exageradas

El trastorno de estrés postraumático es el único trastorno de cuya etiología estamos seguros: alguien experimenta personalmente un trauma y desarrolla el trastorno. Con todo, que una persona desarrolle o no el TEPT es un aspecto sorprendentemente complejo que asocia factores biológicos, psicológicos y sociales.

Como en el caso de otros trastornos, en el de estrés postraumático llevamos nuestra propia vulnerabilidad psicológica y biológica con nosotros. Cuanto mayor sea ésta, más probable es que desarrollemos el TEPT. Que haya un historial familiar de ansiedad sugiere que hay una vulnerabilidad biológica al TEPT.

Los **factores sociales y culturales** desempeñan una función importante en el desarrollo del TEPT. Los resultados de un gran número de estudios demuestran que, si usted cuenta con un fuerte grupo de apoyo entre las personas que lo rodean, es mucho menos probable que desarrolle el TEPT después del trauma. Contar con un grupo de personas en torno nuestro que nos quiera y cuide no es indistinto, ya que influye de forma directa en nuestras respuestas biológicas y psicológicas al estrés

La Psiquiatría actual se ha ocupado de analizar con amplios estudios epidemiológicos la coexistencia de varias enfermedades mentales en un mismo individuo. Esto es especialmente relevante en el TEPT, donde se han descrito un amplia comorbilidad con otros trastornos mentales. (Eval. Forense del estrés postraumatico, Alfredo Calcedo Barba. Univ complut. de Madrid).

5.Crisis económica, TEPT y consecuencias

En los servicios de salud públicos y privados llegan cada vez más consultas por Trastornos psicosomáticos (cefaleas, dispepsias, insomnio, algias musculares, etc...) vinculados a la angustia y al estrés que genera la actual situación económica ya que, los síntomas de ésta, también se manifiestan en el cuerpo.

La Crisis económica y la incertidumbre sobre el futuro inmediato da lugar, en muchas personas, a un cuadro patológico en forma de síntomas corporales. Cada vez son más las personas que sufren trastornos de ansiedad y otras enfermedades psicosomáticas relacionadas con el estrés.

Algunos psiquiatras y psicólogos han advertido sobre el crecimiento de esta tendencia y opinan que debería empezar a encararse como un problema de salud pública. Muchas personas que están en tratamiento tienden a empeorar y además llegan muchos pacientes nuevos, con cuadros de angustia, insomnio, depresión, desgana general, que, en algunos casos puede llegar a producir cuadros bastante severos llegando a estar presente la idea de suicidio como tema recurrente. Es especialmente relevante en las consultas de medicina psicosomática.

Todos tienen una desesperanza manifiesta porque se caen muchos proyectos y aparecen las consecuencias físicas: cefaleas, gastritis, úlceras, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, etc y además: sensaciones de ansiedad, baja autoestima y agresividad que puede afectar a muchas áreas de la vida cotidiana de cualquier persona y desembocar en un desajuste emocional importante.

El abuso y dependencia de sustancias puede aparecer en algunos pacientes como una desgraciada autoterapia con

intención de controlar ciertos síntomas del TEPT como son los síntomas ansiosos, los trastornos del sueño y el hiperalerta. Han aumentado las urgencias por ataques de pánico, que generan temblores, mareos y otras manifestaciones de ansiedad. En los últimos tiempos los problemas económicos y la falta de trabajo se han vuelto protagonistas de muchas consultas: una relación con la salud mental. Nadie tiene seguridad en relación al empleo, aumenta la violencia en las calles y esto genera cuadros de ansiedad o pánico muy severos. En estos casos se compromete el estado biológico general. Las manifestaciones corporales reaccionan de acuerdo con la predisposición de cada persona, pero en general las fuertes tensiones suelen afectar los órganos de fibra muscular lisa: corazón, pulmones, tubo digestivo, vesícula, vejiga, etc... También se hace más presente el insomnio.

Las tensiones profundas ante la situación económica que se vive en el seno de las familias puede traer toda una gama de afecciones psicosomáticas. Su desencadenamiento y su evolución están muy influidos por el estado psíquico del paciente y su personalidad, (médico y psicoanalista Jorge Ulnik, presidente del Centro de Estudios Psicosomáticos de la Argentina), además se detecta una desestabilización del sistema familiar y en consecuencia una falta de apoyos directos para la persona que padece el trastorno, habiéndose demostrado también que la experiencia, después de haber experimentado un acontecimiento traumático de falta de apoyo incrementa el riesgo de desarrollar un TEPT.

Sabemos que a lo largo del siglo XX las grandes crisis económicas (Gran Depresión de EEUU de 1929; grandes guerras, crisis bancaria del 77, etc.) se asociaron a

repercusiones notables para la salud mental individual y colectiva, con aumento de enfermedades psicosomáticas, cardiovasculares, depresiones, suicidios, etc. y puede darse el caso de que estemos volviendo a reanimar el fantasma de esas crisis económicas capaces de desestabilizar cualquier sistema.

En nuestras consultas de medicina psicosomática, los casos de pacientes que acuden demandando ayuda a consecuencia de los trastornos que les está ocasionando la coyuntura económica por la que atravesamos se están multiplicando de forma alarmante.

Los afectados suelen ser personas de mediana edad con familia a cargo y buena posición económica hasta hace poco pero, que han llegado a una situación tal de deterioro que repercute de forma dramática tanto en el plano físico como en el psíquico, llegando a manifestarse, en algunos casos, incluso en forma de idea de autolisis o de intento de suicidio.

Otras personas no la sufren de forma directa, pero el miedo a padecer sus consecuencias opera en su organismo en forma de estresor que les desestabiliza de tal modo su sistema inmunitario, que pueden presentar cualquier tipo de patología imaginable, si bien las más comunes son la úlcera gástrica y otras patologías digestivas, la neumonía, las cardiopatías y **las cefaleas migrañosas**.

En nuestra experiencia la psicoterapia individual, los recursos psicofarmacológicos, racionalmente utilizados, la ayuda familiar, y la ayuda "médica" desde el paradigma bio-psico-socio-eco-espiritual, propio de la medicina psicosomática son fundamentales en el tratamiento médico de estos trastornos.

Deseamos seguir profundizando en esta opción diagnóstica y terapéutica.

6. Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington,DC. American Psychiatric Press, 1980

2. Crocq MA, Crocq L. From shell shock and war neuroses to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. Dialogues in Clinical Neuroscience 2000;2:47-55

3. SciELO. Rev. chilena de neuro-psiquiatría. V.40. Nov.2002

4. Myers CM. Contribution to the study of shell shock. Lancet 1915;13:316-20

5. Freud S, Breuer J. Estudios sobre la Histeria (1893-1895). Amorrortu Ed, Buenos Aires,1993.

6. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995;52:1048-60.

7. Keane TM, Zimering RT, Caddell JM, et al. A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. Behavior Therapist 1985;8(1):9-12.

8. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd.ed. Revised. Washington,DC. American Psychiatric Press. 1987.

9. Ursano RJ, Kao T, Fullerton CS. PTSD and meaning: structuring human chaos. J Nerv Mental Dis 1992;180:756-9

10. J.M Ferrer Pons et al. Revista "Avances".

11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed Text Revision (DSM-IV-TR). Washington,DC. American Psychiatric Press, 2000.

12. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid. Meditor. 1992

13. Eval. Forense del estrés postraumatico, Alfredo Calcedo Barba. Univ complut. De Madrid.

Manuel Álvarez Romero - Medicina Interna
Antonia Regaña Jiménez - Psicóloga
Auxiliadora Chávarri Pérez - Psicóloga
Ana Moreno Gómez - Psicóloga

5 de Enero, 2009