

Dimensiones psicosociales del trauma
Violencia urbana, Acoso laboral, Catástrofes
Jornada SAMEPSA
2014
Curso SAMES -AMA

Dr. Roberto Sivak

Docente Adscripto Depto. Salud Mental UBA
Prof. Titular Clínica Psiquiátrica Univ. Maimonides
Coordinador Grupo TEPT Hosp. Alvarez
Miembro Sección Intervención Desastres WPA

Trauma psíquico

- Freud desde Laplanche y Pontalis:
- “Acontecimiento de la vida de un sujeto caracterizado por su intensidad, (evento)
- la incapacidad del sujeto de responder al mismo adecuadamente (experiencia subjetiva)
- y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica” (efectos)

Conceptos

- Suceso disruptivo: Carácter de abrupto e inesperado. Podrà tener cuaidad estresante o traumàtica
- Suceso estresante: Exigencia cuantitativa para el aparato psíquico. Exige trabajo elaborativo
- Suceso traumático: Exigencia cuanti-cualitativa. Supera la capacidad elaborativa

Eventos potencialmente traumáticos

- Inesperados
- Incontrolables
- Golpean la sensación de seguridad y auto-confianza del individuo

- Ejemplos :
- **-Accidentes**
- **-Desastres naturales – huracanes, terremotos, inundaciones, avalanchas, erupciones volcánicas-**
- **Catástrofes: Cromagnon, muertes inesperadas de familiares**
- **-Asaltos/delitos/violaciones**
- **-Abusos físicos/sexuales infancia**
- **-Torturas**
- **-Secuestros**

Acoso laboral

- Amenaza persistente a la integridad psicofísica moral de un trabajador en particular dirigida por un superior o un par.
- Respuestas ansioso depresivas
- Riesgo de desesperanza aprendida
- Riesgo de estrés postraumático y depresión
- Relación con desregulación del trabajo
- Estrategias de desgaste del trabajador

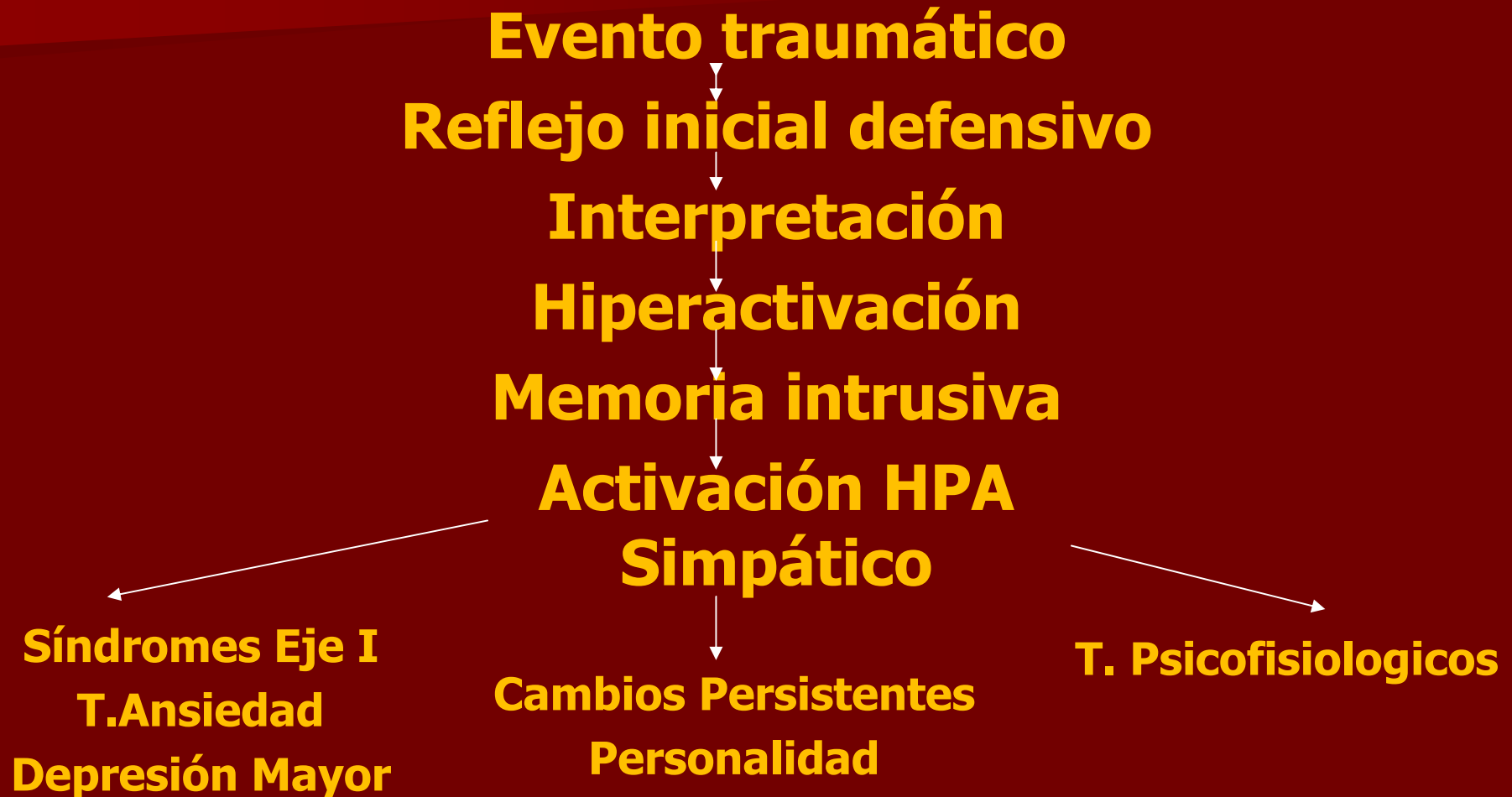
Violencia urbana

- Se rompen las convicciones sobre la previsibilidad del futuro, los valores, la solidaridad y el cuidado por parte del Estado
- Damnificados primarios, secundarios y terciarios (socorristas)
- Papel potencialmente traumatogenico de los medios de difusiòn

Catàstrofes

- Eventos disruptivos masivos
- Superan previsiones de un grupo o una sociedad
- Mayor potencial traumático por la magnitud
- Agravamiento por lo inimaginable (adolescentes expuestos en un momento de ocio como Cromañon)

Complejo traumático (Everly)



¿Por qué TEPT?

- Aumento prevalencia (violencia urbana, catástrofes)
- Dificultades diagnósticas (psicosis, fobias, simulación)
- Validez del cuadro, ampliación del espectro clínico, estudio de factores pretraumatogénicos (genéticos, personalidad previa, tipo de traumas previos)
- Vulnerabilidad y resiliencia
- Controversias en el enfoque terapéutico
- Problemas legales
- Problemas técnicos

Historia

- 1.ª mitad del siglo XIX: militar con “pesadillas, labilidad emocional y reacción de sobresalto” (Pinel)
- 2.ª mitad del siglo XIX: *railroad brain secuelas accidents tren* (Erichsen)
- Guerra de Secesión americana: corazón de soldado o corazón irritable (Da Costa)
- 1889: **neurosis traumática** (Oppenheim)
- Primera Guerra Mundial:
 - Neurosis de guerra
 - Astenia neurocirculatoria
 - *Shell shock*
 - **Segunda Guerra Fisioneurosis** (*Kardiner*)

DSM-IV y CIE-10

- Exposición a un **acontecimiento traumático extremo**
- Conjunto característico de síntomas
 - Reexperimentación
 - Evitación-embotamiento
 - Aumento de la activación (*arousal*)
- Duración de los síntomas superior a 1 mes
- Los síntomas producen deterioro sociolaboral significativo (no indispensable en la CIE-10)

Epidemiología

- Es uno de los pocos trastornos psiquiátricos que se define por su etiología mas que por su sintomatología
 - Su inicio depende de la exposición única o repetida a un acontecimiento traumático*
- **Aproximadamente el 30% de la población se verá expuesta, pero tan sólo el 10-20% desarrollarán TEPT****
 - **Expuestos al menos a 1 acontecimiento: en EE.UU. 50-60%; desarrollan TEPT: 5-10%*****

Síntomas: criterios DSM-IV

- B. La persona reexperimenta persistentemente el acontecimiento traumático (≥ 1 de los siguientes):
- (1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusivos causantes de malestar
 - (2) sueños o recurrentes causantes de malestar
 - (3) la persona "actúa como si" o "tiene la sensación de que" el acontecimiento traumático está ocurriendo (reviviscencias, ilusiones, alucinaciones, *flashbacks*)
 - (4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento
 - (5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento

Concepto TEPT más allá del DSM

- Nuestra propuesta: “Trastorno de ansiedad con afectación de funciones cognitivas, autonómicas y del comportamiento con deterioro del rendimiento laboral, académico y vincular a consecuencia del impacto de un hecho evidenciable con potencial traumático en una persona vulnerable, por afectación de múltiples sistemas de neurotransmisión y eventual daño en parte reversible en funciones (memoria) y tejido neuronal”.

Síntomas: criterios DSM-IV *(cont.)*

D. Síntomas persistentes de **aumento de la activación (*arousal*)**, indicados por 2 o más de los siguientes:

- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) **irritabilidad** o ataques de ira
- (3) **dificultades de concentración**
- (4) hipervigilancia
- (5) **respuestas de sobresalto** exageradas

Otros síntomas del TEPT

- Además del complejo sintomático nuclear puede aparecer también:
 - **Culpabilidad** sobre actos cometidos u omitidos
 - Culpabilidad por haber sobrevivido
 - Disminución de la conciencia del entorno
 - **Desrealización**
 - **Despersonalización**
 - **Agresividad**
 - Pérdida de autoestima
 - **Sentimientos de incapacidad**
 - Disfunciones sexuales

Subtipos TEPT

- Depresivo
- Disociativo
- Somatomorfo
- Con cambios persistentes de personalidad
- Ansioso
- Con trastorno límite

Epidemiología-Factores de riesgo

- 25% de los expuestos a eventos traumáticos
- 8% de la población general
- Poco frecuente hallar el trastorno en forma completa
- En mujeres más frecuente
- Violencia de género, familiar, abuso sexual en la infancia

Concepto actual

- La exposición a un acontecimiento traumático actúa como **detonador**
- El impacto de ese acontecimiento traumático sobre el sujeto está determinado por:
 - Factores previos de **vulnerabilidad**
 - Factores de mantenimiento o reforzadores potentes

Predictores de desarrollo del TEPT

McFarlane, 2000	Brewin y cols., 2000
<ul style="list-style-type: none">■ Trauma previo■ Historia psiquiátrica previa■ Disociación en el momento del trauma■ Gravedad de los síntomas agudos■ Tipo de respuesta aguda■ Gravedad / tipo del trauma	<ul style="list-style-type: none">■ Historia psiquiátrica pers y fliar■ Abuso en la infancia■ Gravedad del trauma■ Nivel educativo bajo■ Joven■ Mujer■ Minoría étnica■ Baja clase socioeconómica■ Factores adversos en la infancia■ Trauma previo■ Falta de soporte social■ Estrés■ Bajo coeficiente de inteligencia

CURSO DEL TEPT

- Un tercio de los pacientes se recupera en el primer año
- Más de un tercio presenta síntomas semanales persistentes al cabo de 10 años
- La mayor duración del trastorno y la menor probabilidad de alcanzar la remisión se asocia con:
 - Abuso de alcohol
 - Trauma en la infancia

Secuelas

- Alteraciones selectivas de la memoria
- Alteraciones en la orientación temporo espacial
- Alteraciones en la capacidad de abstracción

Secuelas personales del TEPT

- Fracaso escolar (enseñanza secundaria y universitaria)
- 60% más de probabilidades de problemas matrimoniales
- Percepción subjetiva de mayor afectación en el funcionamiento social que en:
 - Población normal
 - Pacientes con depresión mayor
 - Pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo

Reacciones a Corto plazo

- **Insomnio**
- **Sensibilidad a decepciones**
- **Aislamiento**
- **Frustración frente a la burocracia**
- **Formación reactiva**
- **Acaparamiento**
- **Irritabilidad**
- **T.psicosomáticos**
- **Sensibilidad narcisista**
- **Depresión**
- **Hiperactividad**
- **Ansiedad**

Reacciones a largo plazo

- Resignación
- Retorno a la normalidad
- Adaptación adecuada o inadecuada
- Depresión
- Cronificación del estrés postraumático
- Aumento de tensión familiar
- Adicciones
- Alcoholismo

Eficacia de los fármacos

- Los fármacos de primera línea han demostrado ser eficaces sobre
 - Intrusión
 - Evitación – embotamiento
 - Hiperactivación

Disfunción dopaminérgica

- Conductas paranoicas y/o síntomas psicóticos



- Antipsicóticos: risperidona, olanzapina

Estrategias

- **A) Con impulsividad, labilidad humor, irritabilidad, agresividad, pensamientos suicidas:**
 - **ISRS**

Estrategias

- ***B) Hiperreactivos :***



- Agentes antiadrenergicos: propanolol,
clonidina

estrategias

- **C) Violentos, agresivos, impulsivos:**



- Carbamazepina
- Valproato.
- Debe estudiarse costo beneficio en lamotrigina

Consenso 2004

- **ESTRÉS AGUDO:**
- **Opcion B: Propanolol, imipramina,**
- **Opcion C benzodiazepinas,
anticonvulsivantes, antipsicoticos
atipicos**
- **Desaconsejado: antipsicoticos tipicos**

Experiencias Consenso 2004

- **ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**
- **Opción A: ISRS**
- **Opción B Nuevos antidepresivos duales, Beta bloqueantes**
- **Opción C anticonvulsivantes, hipnoticos no benzodiazepinicos, anticonvulsivantes, antipsicoticos atipicos**
- **Desaconsejados Benzodiazepinas, antipsicoticos tipicos**

Consenso 2004

- **ESTRÉS AGUDO: Terapia Apoyo, Cognitiva, Exposición, Movimientos Oculares Rápidos, Desensibilización**

- **ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**
- **Terapia psicodinámica (algunos beneficios) B**
- **Reconstrucción cognitiva (visualización) A**
- **Inoculación de estrés (beneficios significativos) A**
- **EMDR A**
- **Psicoeducación (algunos beneficios) B**



EQUIPO ESTRÉS Y TRAUMA
HOSP. T ALVAREZ

R.Sivak, 2014

Estrategias combinadas

- **Catarsis en grupo: debriefing**
- **Psicoterapia cognitiva: visualizacion, desensibilizacion, distraccion**
- **Disminucion estres: relajacion**
- **Psicoterapia de orientacion psicodinamica**
- **Musicoterapia**
- **Terapia ocupacional**
- **Psicopedagogia**



CIDUAD DE SANTA FE COMITÉ DE CRISIS SALUD MENTAL

R.Sivak, 2014

Modalidades terapéuticas

- Psicoeducación, tratamiento de la ansiedad
- Terapia cognitiva (terapia de exposición)
- Terapia psicodinámica (individual o grupal)

Terapia psicoanalitica

- Dificultada por la hiperactivacion autonómica
- Dificultada por las fallas mnesicas
- Probada en la disociacion
- Factible en el mediano o largo plazo

Técnicas cognitivo-conductuales

- Exposición
- Desensibilización sistemática
- Procesamiento cognitivo
- Entrenamiento en inoculación de estrés
- Terapia cognitiva
- Entrenamiento en asertividad
- EMDR
- *Biofeedback*
- Entrenamiento en relajación

Terapia de exposición

- Exposición a:
 - Pensamientos traumáticos
 - Conductas evitadas
- Técnicas de exposición:
 - Imaginación
 - Exposición *in vivo*
 - Realidad virtual
- Incluir además:
 - Educación
 - Respiración profunda

Dificultades para aceptar tratamiento

- **Exigencia**
- **Temor a reflejar debilidad o pudor**
- **Omnipotencia negación o supresión de sentimientos como defensa**
- **Creencias y prejuicios sobre la asistencia psicológica**
- **Vergüenza o culpa frente a los otros damnificados**
- **Automedicación o alcohol como salida**

Factores de vulnerabilidad

- Predisposición genética
- Familia disfuncional
- Traumas previos
- Demora en consultar
- Aislamiento
- Minorías

Factores de resiliencia

- Factores genéticos
- Familia continente
- Legitimación del daño por parte Estado
- Redes vinculares protectoras
- Consulta a tiempo
- Rehabilitación progresiva

Resiliencia en TEPT

PREMIO APSA 2007

DESARROLLO RESILIENTE Y REDES VINCULARES en
damnificados de Cromañon

Roberto Sivak, Angela Ponce, Ana Maria Huertas, Clara
Horikawa, Pablo Diaz

Tolosa, Raquel Zonis Zukerfeld y Rubén Zukerfeld

Modos de afrontar trauma

- Resiliente
- Aquiliano
- Sobreadaptado

Conclusiones

- Resiliente: Actitud realista, esperanzada, acepta pedir ayuda, humor, confianza, red vincular
- Aquiliano: Negación, omnipotencia, aislamiento «heroico», posterga
- Sobreadaptado: ayuda a otros, automedicación, desmentida, mayor riesgo de enfermedad

Conclusiones

- Los TEPT, en los últimos años, presentan mayor prevalencia y nivel de impacto
- Los fundamentos y hallazgos neurobiológicos identificados afectan a varios sistemas del organismo
- La evaluación clínica y psiquiátrico-legal precisa, cada vez más, del uso de instrumentos específicos válidos y bien adaptados
- El apoyo y la psicoeducación del sistema familiar es muy conveniente

Conclusiones 2

- El TEPT es una reacción posible a una situación inusual
- Se requiere adecuado diagnóstico diferencial
- Se recomienda contener al paciente , contextualizar y respetar el relato sobre el daño
- Estar disponible y elegir estrategias adecuadas
- Es fundamental el seguimiento posterior

Conclusiones

- Los recursos terapéuticos disponibles en la actualidad, tanto psicológico como psicofarmacológico, ha mejorado sustancialmente el pronóstico de los pacientes con TEPT
- La valoración del daño psíquico de estos pacientes, presenta todavía importantes déficit, por lo que es necesario incorporar otros elementos al objeto de realizar la valoración pericial deseable

Sugerencias

- El aumento de situaciones potencialmente traumáticas en desastres naturales y población civil requieren atención especial al riesgo de TEPT y sus secuelas
- La atención adecuada inicial disminuye el riesgo de cronificación, depresión y suicidio
- Ante depresión evaluar trauma. Ante trauma evaluar retracción, hiperactivación y reacciones psicofisiológicas

Responsabilidad del Estado,
ONG e instituciones de salud

■ **SEGUIMIENTO!!**



SEGUIMIENTO DAMNIFICADOS CROMAÑON EN QUILMES

R.Sivak, 2014



Roberto Sivak – Jorge Libman
Compiladores

ESTRES, TRAUMA Y DESASTRES

**Herramientas
Teórico - Clínicas**

Librería **AKADIA** Editorial

R.Sivak, 2014

**Actividad actual: Cursos
Presenciales y a distancia Estrés,
trauma Psicosomatica e
intervención en desastres
Supervisiones, consultorías**

Taller Hosp. Gral Belgrano



R.Sivak, 2014

Taller en Bogotá



Bibliografía

- Benyakar M. (2005) *Lo traumático*. Biblos.Bs.As.
- Beretta P. Puricelli M Trastorno por estrés postraumatico en Marchant N Tratado de Psiquiatria 2006 Grupo Guia BsAs
- Bobes García J. (2007) *Trastorno de estrés postraumático en esquemas*. Ars Medica. Barcelona.
- Cia A. 2000 Trastorno por estrés postraumático. Imaginador
- Cohen R. (2000) *Manual de Intervenciones psicológicas en situación de desastres*. OPS. Washington
- Kuper E. (2004) *Neurobiología y comorbilidad del trastorno de estrés postraumático*. Ed. Polemos. Bs.As.
- Sivak R. Ponce A.Horikawa C. Grande E. (2007)Intervenciones a corto mediano y largo plazo luego de catástrofes: nuestra experiencia tras Cromañon. *Estrés, trauma y desastres*. Ed. Akadia.Bs.As
- Sivak R. Libman J. 2007 Estrés, trauma y desastres Akadia Bs As
- Van der Kolk (1996) *Traumatic stress*.

Muchas gracias!

roberto.sivak@gmail.com