

Jornada AMEPSA AMP  
Viernes 5 septiembre 2014  
Mesa redonda Violencia

Estrés Postraumático  
Roberto Sivak

1- Se define al **trauma psíquico** como aquel evento que por su magnitud, por la cualidad (amenaza a la integridad psicofísica o moral) por el hecho de superar las posibilidades de elaboración psíquica o por sus secuelas provoca efectos psicofísicos de importancia clínica

2- Hace cien años Freud considero al trauma psíquico como causa entre otras de la histeria y posteriormente de la **neurosis traumática** (en este caso el hecho es objetivable como el caso de las secuelas de combate en la Primera Guerra Mundial. El concepto de neurosis traumática fue intensamente debatido en el momento de miles de consultas en el frente por mutismo, ceguera, pseudo convulsiones, parálisis, insomnio, recuerdos intrusivos con escenas reiteradas del combate o pesadillas

3 Los síntomas conforman **tres grupos** que mantienen vigencia desde entonces: **híper activación autonómica** (taquicardia, ansiedad, irritabilidad, insomnio, sobresaltos) **evitación** (anhedonia, evitación de lugares, ideas o conversaciones referidos a la situación de trauma original) **recuerdos intrusivos** (pesadillas, recuerdos vividos en la vigilia y reiteración de recuerdos sensoriales -visuales, auditivos u olfatorios ) vinculados al hecho

4 Las situaciones de **violencia interpersonal** han evidenciado ser la fuente de los cuadros mas severos de neurosis traumática mayores a los efectos de catástrofes o desastres naturales.

5 El **cuadro clínico de estrés postraumático** ha servido como referencia tanto para el diagnostico como para el reclamo de indemnización . Se mantienen a grandes rasgos los tres grupos de síntomas. Sin embargo se agregan modalidades clínicas como la somatizadora, la depresiva, la limítrofe , y la de **cambios de personalidad** ( evitativa, paranoide o psicopática) modificaciones que se describen en la película "Días de furia"

6 En treinta años de existencia el **Equipo de Estrés Postraumático del Hospital Álvarez** ha atendido damnificados de hechos que atraviesan la historia de Argentina: represión política, sobrevivientes de atentados AMIA y embajada de Israel, ex combatientes de Malvinas, violencia de genero y familiar, violencia urbana (asaltos,

entradoras y salideras) y acoso laboral y violencia hacia profesionales de la educación y salud

7 Los riesgos del **diagnostico tardío o tratamiento inadecuado** son la depresión, la resignación, el abuso de sustancias, la ideación o consumación de suicidio

8 Los damnificados desconocen el por que requieran tratamientos psicológicos o psiquiátricos privilegiando cubrir sus necesidades básicas (abrigo, comida, techo, subsidio o justicia para sus reclamos) El 70% evoluciona de forma espontánea mejorando su cuadro. Un 30% por **factores de vulnerabilidad** (genéticos, traumas previos, familia disfuncional, aislamiento social) tiende a cronificar el cuadro.

9 Entre los **factores resilientes** deben mencionarse el optimismo, la esperanza, el apoyo incondicional de la familia, las redes vinculares y hallar legitimación social al daño.

10 El diagnóstico requiere la **búsqueda activa** de damnificados luego de una catástrofe y el **seguimiento posterior** por años (considerar los suicidios de ex combatientes de Malvinas o los cuadros depresivos actuales de damnificados de Cromañón)

11 El **abordaje terapéutico** debe ser interdisciplinario medico general, psiquiátrico, psicológico, jurídico, terapia ocupacional, psicopedagogía, trabajo social Es importante los grupos con técnicas de autoayuda En muchos casos el damnificado solo esta en condiciones de aceptar psicoterapia unos mese después. Deben privilegiarse las necesidades y los tiempos del damnificado.

12 La **prevención** requiere información veraz, correcta, no sensacionalista, orientativa. Los medios de comunicación pueden generar retraumatizacion por manejo inadecuado o reiteración de escenas violentas