Salud mental en desastres: Qué hacer y qué evitar

Eduardo H. Cazabat
Daniel L. Mosca

Trauma y Resiliencia

Paradojalmente, los estudios acerca de la salud casi siempre empiezan por la enfermedad. El reconocimiento oficial del impacto de las situaciones traumáticas sobre la salud emocional fue logrado luego de una gran lucha política y social en 1980 (Bloom, 2000, Herman 1997), con el establecimiento del diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático (APA, 1980). El estudio de la resiliencia en el campo del trauma psicológico es mucho más reciente y dista mucho de ser un cuerpo consistente de conocimientos. El término "resiliencia" ha sido tomado de la física por la psiquiatría comunitaria de los años sesenta, y caracteriza la capacidad de los materiales de retornar al estado inicial luego de haber sufrido una presión. De tal manera que, p. ej. un resorte sería extraordinariamente resiliente dado que luego de la presión ejercida recupera totalmente su estado original. En cambio, un trozo de arcilla no es nada resiliente, dado que la presión ejercida deja impresa la huella en ella, y no retorna a su estado original. Los seres humanos generalmente no retornamos al estado previo al trauma, y la gama de reacciones va desde el desarrollo de diversa patología y/o sintomatología en un extremo (trastornos tales como el de estrés postraumático, disociativos, de ansiedad, fobias, depresión, etc.) hasta el aprendizaje y el crecimiento personal (como muchos casos públicamente conocidos en diversas áreas lo demuestran: Nelson Mandela, Frida Khalo, Mahatma Gandhi, Viktor Frankl, etc.). La resiliencia frente al trauma, entonces sería la capacidad de salir fortalecido y crecer frente al sufrimiento o, al menos no sufrir consecuencias a largo plazo luego de haberlo enfrentado. A continuación intentaremos recorrer algunas de las ideas que se desprenden de las investigaciones realizadas hasta el momento. Algunas de ellas han sido desarrolladas en nuestra experiencia de trabajo con víctimas de situaciones traumáticas tanto individuales como colectivas, muchas otras han sido recopiladas de cursos de entrenamiento y de la bibliografía y lineamientos existentes, y que hoy pertenecen al acervo profesional.

Estructuración de la narrativa

Los hechos traumáticos y situaciones críticas son capaces de dejar una profunda impronta en los individuos expuestos a ellos. Pero también es conocido que no todos aquellos que sufren la exposición a un hecho potencialmente traumatogénico sufren secuelas con posterioridad. ¿Qué es lo que diferencia a unos de otros? En situaciones de catástrofes naturales la mayoría de los afectados desarrolla síntomas inicialmente, en una cifra que ronda entre el 65 y el 70%, y el resto (entre el 30% y el 35%) no desarrollan síntomas psicológicos. De los que sí los experimentan, los dos tercios remiten espontánemente sin tratamiento. Esto nos estaría indicando la existencia de mecanismos naturales de curación (en el caso de los que experimentan secuelas) o de resiliencia (en el caso de los que nunca llegan a sufrirlos) (Shapiro, 1995; van der Kolk, 2002). Por lo tanto el desarrollo de síntomas o trastornos sería consecuencia de la falla o bloqueo de ese mecanismo natural de procesamiento de la información o de extinción de la respuesta normal a la amenaza (Rothbaum, 2004)

Es sabido que la información de los hechos potencialmente traumatogénicos, de la misma manera que el resto de los inputs cotidianos, es procesada neurofisiológicamente, de tal manera que es archivada en la memoria narrativa, integrándose de esta manera a la historia del sobreviviente (van der kolk, 2002). Cuando el mecanismo no funciona correctamente, las áreas de Wernicke y de Broca, encargadas de la codificación verbal de la experiencia, disminuyen notablemente su actividad, fallando en su tarea. De esta manera, la información queda fijada en la memoria implícita, provocando así los síntomas característicos. La memoria implícita, residente en el hemisferio derecho, se caracteriza por estar conformada principalmente por emociones e imágenes, y por ser atemporal. El hemisferio derecho no reconoce pasado presente y futuro, lo que determina la reexperimentación de la experiencia como si estuviera sucediendo nuevamente en el presente. De lo dicho se desprende que favorecer (sin presionar) la expresión emocional y la or-

ganización de una narrativa promoverá los mecanismos naturales de curación. Toda intervención que cree un contexto seguro en el cual la persona traumatizada pueda contar su experiencia, le daría la oportunidad de codificar verbalmente su vivencia en una situación de control emocional, sin experimentar la abrumación emocional característica de la situación traumatizante.

Retomar el control

Un error común al considerar el trauma psicológico, es atribuir la patología desarrollada al hecho en sí. Hasta la tercera edición revisada del DSM (APA, 1987) los hechos traumáticos eran caracterizados como eventos más allá del rango de la experiencia humana normal, es decir que, implícitamente, esos hechos tenían una característica particular que les otorgaba la naturaleza de traumáticos. A partir de la edición del DSM-IV (APA, 1994) se produce un cambio de paradigma, en el que lo determinante en la configuración de un hecho como traumático es la respuesta del individuo. Cuando el individuo es expuesto a un hecho amenazante y responde con horror, pánico, desesperanza o miedo intensos podemos decir que su respuesta configura al hecho como traumático. Una de las definiciones más aceptadas de hecho traumático es la de un hecho inescapable que abruma la capacidad de respuesta del individuo, sobrepasándolo. Por lo tanto, un factor protector es el tipo de respuesta frente al hecho. De esta manera, una intervención que favorecería la resiliencia sería la de facilitar que el individuo pueda experimentar sus emociones al tiempo que pueda conservar el control, sin permitir que las mismas sobrepasen un cierto umbral, sin permitir el descontrol emocional. (ver Fig. 1)

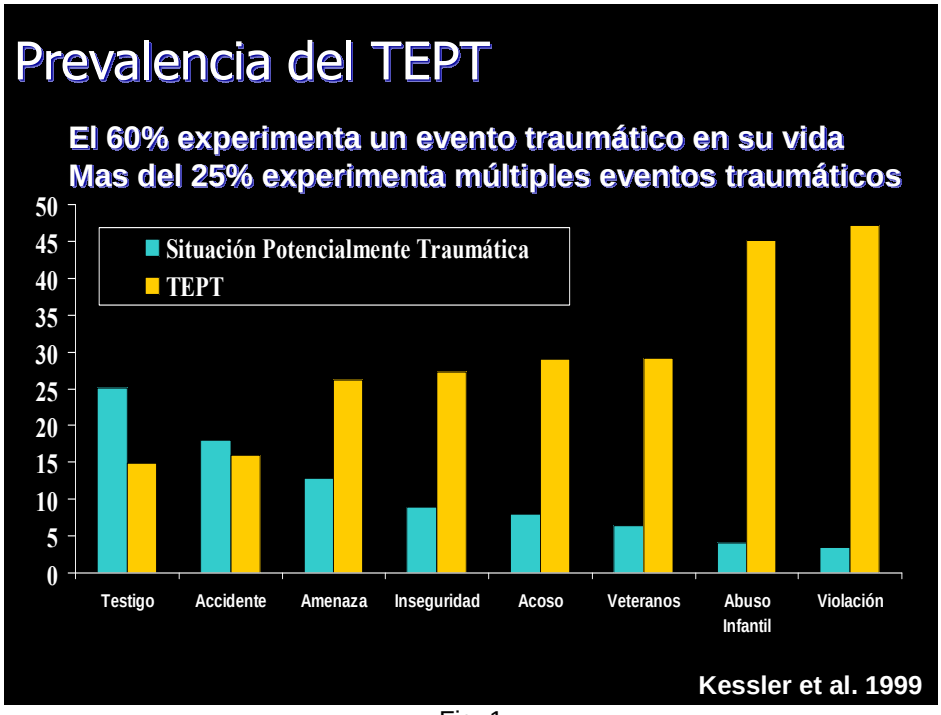


Fig. 1

Pero al mismo tiempo, los estudios indican que si la respuesta del individuo es de tipo disociativa (anestesiamiento emocional, sensación de irrealidad, amnesia, estupor, etc.) el riesgo de desarrollar un trastorno postraumático es aún mayor (Koopman et al. 1995). Las respuestas disociativas dependen grandemente de la duración y severidad de la exposición y al mismo tiempo son función de la personalidad del sujeto, de la historia previa de traumas, y de las experiencias disociativas previas. Por lo tanto la resiliencia en este punto está relacionada tanto con la conducta como con el estado mental al momento del trauma. Por lo que favorecer la expresión emocional dentro de ciertos rangos (ni tanto como para experimentar terror, pánico, etc., ni demasiado poco como para disociarse) parece ser una intervención protectora y que favorece la

resiliencia y los mecanismos naturales de procesamiento de la experiencia.

El sentido del hecho traumático

Dependiendo de la naturaleza del hecho traumatogénico, la intensidad, persistencia y severidad de las secuelas varían grandemente. De tal manera que quienes son afectados por una catástrofe natural tienden a sufrir menos que quienes son víctimas de otros seres humanos. Y esto nos da otra pista acerca del proceso de traumatización: el sentido. El sentido del trauma es influido por el contexto en el cual ocurre y por el agente traumatizante (Herman, 1997). La presencia de uno o más factores tales como:

- que el trauma sea inflingido por un ser humano,
- que ese ser humano sea alguien que debía cuidar de la persona,
- que el trauma sea repetido y reiterado a lo largo del tiempo,
- que exista presión al silencio y
- que el trauma ocurra en una edad temprana

Son predictores de que las secuelas serán más duraderas y que el sobreviviente, en contra del sentido común, tenderá a desarrollar una amnesia de los episodios. Y de la misma manera que el sentido puede agravar el peso del trauma, también puede aliviarlo. De tal manera que, según las investigaciones, no es tanto qué le sucedió al niño traumatizado, sino más bien cómo llegó a construir un sentido, a estructurar una narrativa coherente con lo que vivió, lo que predice qué tipo de integración tendrá como adulto (Siegel, citado en Wylie, 2004). Por lo tanto, cualquier intervención que ayude a encontrar un sentido a lo sucedido, fomentará la resiliencia del sujeto. Un paciente que había sido severamente abusado físicamente por su padre en ocasiones de fracaso escolar, llegó a la conclusión de que su intención había sido la darle un estudio para poder defenderse en la vida, y que debido a su ignorancia no había sabido hacerlo de otra manera. Al entenderlo de esta manera, todo el rencor acumulado por años se desvaneció, de la misma manera que los síntomas asociados

El poder de las redes sociales

Parece haber una tendencia natural a establecer lazos estrechos con los otros bajo circunstancias amenazantes (el entorno de apoyo social fue llamado la membrana del trauma). El apego emocional es quizás una de las primeras barreras de protección para la experimentación de horror o desesperanza. En situaciones críticas tendemos a buscar esos lazos, la mera compañía hace más llevadero el sufrimiento o el miedo.

Los niños que cuentan con una figura de apego saludable disponible son extraordinariamente resilientes (McFarlane & van der Kolk, 1996). También se ha estudiado p. ej. que uno de los factores que mejor predice la recuperación de un soldado luego del combate es la cohesión de su unidad, y su temprana restitución a la misma. Por lo tanto, fortalecer y profundizar las redes preexistentes, o ayudar a crea nuevas redes brinda protección a la persona traumatizada.

Recuperación

Ates de cualquier consideración, es importante tener en cuenta que la respuesta traumática puede ser la reacción normal de un individuo normal que se enfrentó a eventos anormales (Ochberg, 1991). Inmediatamente después de un desastre casi todos los danmificados se encontrarán incapaces de parar de pensar sobre lo que sucedió y estarán hiperalertas. En la mayoría de los casos, el miedo, la ansiedad, los recuerdos y los esfuerzos evitativos irán desapareciendo con el tiempo.

La recuperación es un proceso gradual. La mayoría de la gente se recupera naturalmente del trauma con el tiempo.

Reacciones comunes frente al desastre

Las reacciones que experimentan quienes son sometidos a situaciones traumáticas son de lo más variadas. El fuerte impacto del trauma suele desestabilizar todos los sistemas del individuo, provocando reacciones muchas veces contradictorias e imprevisibles. Algunas de ellas son las siguientes.

Reacciones Físicas: sed, fatiga, náuseas, desmayos, vómitos, mareos, debilidad, dolores, alta presión, temblores, molestias estomacales, problemas para comer, problemas para dormir, sentirse exhausto, palpitaciones, disnea, cefaleas, transpiración al pensar en el evento, agravamiento de otros problemas médicos, etc.

Reacciones conductuales: dificultad para hacer vida sana (ejercicios, dieta, sexo seguro), problemas para concentrarse, reacciones de sobresalto, fumar, beber o comer en ex-

ceso, evitación de contacto con personas, lugares o cosas relacionados con el evento, aislamiento, agresividad, actos antisociales, pérdida de control, dificultad para descansar, cambios en la actividad social, alteración del apetito, consumo de alcohol, estimulantes, etc.

Reacciones psicológicas: confusión, incertidumbre, hipervigilancia, dificultades para pensar, problemas de atención y concentración, desorientación, alteración en la percepción, miedo, culpa, pena, pánico, negación, ansiedad, irritación, agitación, depresión, sentimientos de desesperanza sobre el futuro, sentimiento de desapego o desinterés frente a los demás, estado de guardia y alerta, recuerdos y sueños perturbadores, nerviosismo, desamparo, tristeza, embotamiento, incapacidad de experimentar amor o alegría, autorreproche, culpa, vergüenza, pensamientos suicidas, etc.

Si bien todas estas reacciones son importantes, dedicaremos unas líneas a algunas de las que pueden acarrear mayores problemas.

Abuso de Alcohol o Drogas: algunas personas afrontan las dificultades bebiendo o automedicandose o consumiendo drogas para anestesiarse y evitar perturbarse con los recuerdos. El uso de alcohol, medicación y drogas puede ayudar a escapar de los malos sentimientos o síntomas físicos relacionados con la respuesta al estrés (p. ej. dolores de cabeza, tensión muscular, etc.). Pero puede empeorar los problemas a mediano plazo porque:

- Interrumpen ciclos naturales de procesamiento de la experiencia dolorosa
- Crean otros problemas de salud
- Interfieren en las relaciones, que como vimos más arriba proveen un valioso soporte para la recuperación y
- Crean dependencia potencial de la sustancia

Irritabilidad o explosiones de ira: después de un desastre la gente siente que lo sucedido fue una injusticia y muchas veces no pueden comprender por qué les sucedió. Aunque la ira es un sentimiento normal, puede causar problemas en las relaciones, en el trabajo, y pérdidas afectivas. La ira y la agresividad pueden empeorar las cosas, deteriorando la red social de la persona traumatizada, por lo que requiere de una comprensión especial de parte del profesional y de los allegados al sobreviviente.

Los sentimientos de desapego o desinterés frente a los demás y la incapacidad de experimentar amor o alegría: estas reacciones son potencialmente muy peligrosa pues tienden a minar la conexión con las personas significativas del sobreviviente, deteriorando los vínculos con los mismos, restándole red de contención.

Las cuatro reacciones mencionadas apuntan en la misma dirección y muchas veces son difícilmente entendidas, cuando no malinterpretadas, por las personas significativas por lo que requieren una atención especial y la intervención del especialista tanto con el sobreviviente como con su entorno familiar y social para ayudar en la comprensión del fenómeno y el manejo de la situación.

Necesidades de la persona traumatizada
La persona traumatizada necesita:

Estar y Sentirse a salvo: en muchas oportunidades ambas opciones no coinciden, y esto puede aumentar el riesgo. Por ejemplo, la mujer víctima de maltrato marital, luego del ciclo de violencia, cuando comienza la fase de la “luna de miel” vuelve a sentirse segura frente a las promesas vanas de cambio del marido, y esa sensación de sentirse a salvo es la que la expone a nuevas situaciones traumáticas. En el otro extremo se encuentra la mujer que ha experimentado una violación y no puede retomar su actividad sexual normal con su pareja por no sentirse segura, pese a estar protegida por él y no correr riesgo real, hecho que podría deteriorar la relación.

Que se respeten sus límites: la situación traumática significa la violación de los límites de la persona, muchas veces incluso los físicos. Restituir sus límites, entre otras cosas, no hacer contacto físico sin su consentimiento, respetar sus deseos, no forzarlo a nada, no presionarlo, instarlo o sobrecargarlo.

Mantener el control de la situación: asimismo la situación traumática significa también la pérdida de control sobre sí mismo y sobre el contexto. Permitir y promover que la persona retome el control es devolverla a la situación de la vida normal. Esto promueve su autoeficacia. Permitirle decidir sobre sí mismo y sobre su vida, y ayudar a crear las condiciones para ello.

Ser aceptado y no juzgado: nadie se expone a una situación traumática a sabiendas o concientemente. Formas sutiles de juicio o rechazo tales como decirle “cómo no te diste cuenta de que iba a suceder tal cosa” o “por qué no hiciste tal otra” puede minar su moral

y autoestima, y promover el aislamiento para evitar el juicio. En muchas ocasiones los interlocutores juzgamos a las víctimas para tomar distancia de la vulnerabilidad que la víctima padeció y a la cual nosotros nos encontramos expuestos, si el que murió en el accidente no usaba cinturón de seguridad, me siento tranquilo porque yo lo uso; si la mujer violada no se cuidó lo suficiente y yo soy cuidadosa, me distancio de la posibilidad que me suceda.

Hablar y ser escuchado: el relato repetido de la historia, como vimos más arriba, es uno de los mecanismos de procesamiento del trauma. Escucharlo atenta y empáticamente, sin interrumpirlo con consejos o intervenciones destinadas a calmarlo (hechos que dificultan el ciclo de procesamiento de la información, y que por lo general están más destinados a calmar la propia ansiedad del que escucha), promoverán los mecanismos naturales de curación descriptos anteriormente. En este punto es importante recordar que no hay que presionarlo a hablar. En el sentido del punto anterior, la persona traumatizada debe conservar el control y poder decidir cuándo esta listo para hablar de la experiencia y con quién quiere hacerlo. De lo contrario, hablar de la experiencia puede resultar retraumatizante.

Ser creído: aunque la narración del sobreviviente no coincida con los hechos objetivos, ésa fue la forma en que él lo vivió, y que determinó su forma de actuar. Por lo tanto, creer su versión no significa desconocer los hechos, sino creerle que así fue como él entendió la situación

Experimentar y expresar sus sentimientos: por una cuestión cultural, en muchas oportunidades la expresión emocional es reprimida, censurada o no tolerada. La persona traumatizada suele experimentar diversas emociones, incluso muchas negativas, como ira, agresividad, culpabilización, etc. La expresión de las emociones contenidas permite el alivio de la carga que éstas producen. En los últimos años se ha revalorizado el papel terapéutico de la catarsis (International Society for the Study of Dissociation, 2005) .De todas maneras, la catarsis debe ser permitida (sin presiones) en condiciones de protección y seguridad que evite la retraumatización.

Qué hacer y Qué Evitar

Mantener la calma: hay que recordar que la ansiedad es contagiosa. Mantener la calma ya es una intervención que promueve que la persona traumatizada baje su nivel de activación fisiológica, ayudándolo a volver a retomar el control sobre sus reacciones.

No hablar más de lo necesario: hablar demás sólo refleja la propia ansiedad y alimenta la ansiedad de los demás, volviendo las cosas más inmanejables. Por otro lado, hay que considerar que el sobreviviente puede estar en un estado alterado de conciencia, en estado de shock, regresivo o conectado con otras experiencias traumáticas, por lo que puede ser incapaz de comprender el lenguaje metafórico, e interpretarlo literalmente. Por lo tanto, ser claro y específico, hablando con frases cortas y concretas que ayuden a resolver la situación ayudará a sobreviviente a ponerse en condiciones de salir adelante.

Intervenir sólo para hacer las cosas más manejables: el trauma es por definición una situación inmanejable e inescapable. Volver las cosas más manejables y predecibles ayuda a retomar el control de la situación, y por lo tanto cesar el trauma. En algunos casos la mejor intervención puede ser simplemente ayudar a desalojar un sitio de peligro, o llamar a la emergencia, o dar una información necesaria.

Promover la calma: las intervenciones que tienden a dar ordenes o a decirle a la gente cómo debe sentirse (del tipo “cálmese”, “quédese tranquilo” o “no se haga más problemas”) son por lo menos ineficaces, cuando no agravantes de la situación. En cambio, es pertinente emplear (para Ud. mismo y para los otros) diversas técnicas tales como Técnicas de relajación, Técnicas respiratorias, imaginación guiada, etc. Al ayudar a disminuir la ansiedad tanto propia como ajena estará promoviendo la calma, y en un estado de calma es más probable tomar buenas decisiones y llevar a cabo los pasos necesarios para salir de la situación problema.

Escuchar a quien desee compartir su historia y emociones: por lo dicho anteriormente, hablar acerca de lo sucedido y expresar las emociones contenidas es saludable. Escuchar atenta y empáticamente, recordando que no hay maneras “correctas o incorrectas” de sentir, es una potente intervención en sí misma. Esto permite que el sobreviviente estructure su propia narrativa acerca del suceso, va reconociendo sus propias reacciones y encontrando sentidos. No importa cuantas veces quiera contar lo sucedido, escucharlo sin interferencias es de gran ayuda. La tendencia natural de mucha gente a

decir cosas como “ya debes olvidar el tema” o “no deberías estar hablando de eso” sólo hacen que la persona no se sienta comprendida y esconda sus sentimientos.

Ser amigable y comprensivo aún cuando la gente se ponga difícil: hay que recordar que la irascibilidad del sobreviviente es una reacción común, que no puede manejar, y que no está dirigida hacia nadie personalmente. Conservar la calma y la comprensión de la situación sin tomar la agresividad como algo personal ayudará a disminuirla, o cuanto menos, a no echar más leña al fuego.

Ofrecer información apropiada acerca de la situación y sobre los esfuerzos para ayudar a las víctimas: esta intervención ayuda a hacer la situación más manejable y comprensible, al tiempo que alienta la confianza y esperanza.

Promover la Conexión: Ayudar a la gente a ponerse en contacto con sus amigos o seres queridos.

Ayudar a mantener juntas a las familias.

Qué sugerir

Al Sobreviviente

Actividad física aeróbica alternada con relajación: ayuda a reducir sintomatología física, promueve el descanso saludable, y estimula la liberación de endorfinas (sustancias liberadas durante la actividad física aeróbica que actúan como ansiolíticos naturales)

Normalizar las reacciones: las personas traumatizadas tienden a pensar que están volviéndose locos al no entender sus reacciones. Normalizarlas, ayudándoles a entender que son parte de la reacción normal a situaciones extraordinarias, ayuda a aceptarlas y retomar el control.

Mantenerse ocupado: en la medida de lo posible, retomar la actividad ayuda a conectarse con el presente, e ir dejando atrás el pasado. Estructurar el tiempo suele ser una buena manera de promover la actividad, además de ser una forma de empezar a pensar en el futuro, que de otro modo, dejada a la libre iniciativa puede resultar en mayor desorientación y pérdida de control.

Hablar con la gente, mantenerse conectado: también ayuda a volver a vivir en el presente. Sentirse conectado es una forma de encontrar apoyo.

Descansar: el trauma es un fenómeno que ocurre no sólo a nivel psicológico, sino también físico. La tensión sufrida agota las fuerzas, por lo tanto es necesario restituir la integridad física, que a la vez ayudará a la recuperación psicológica.

Comer sanamente: ayuda también a la recuperación fisiológica.

Evitar alcohol, drogas, etc.

A la Familia

Escucharlo con atención: permitirle contar la experiencia las veces que sea necesario

No intentar calmarlo: permitirle expresar sus emociones sin intentar desviarlo o hacerle experimentar otras emociones. Los familiares en muchas ocasiones intentan calmar su propia angustia, presionando sobre el damnificado para que se reencauce rápidamente. Evitar en este sentido el uso de benzodiacepinas y de cualquier otra medicación sin la prescripción adecuada. Aceptar su experiencia.

Pasar tiempo con el sobreviviente: acompañarlo, hacerle sentir que no esta sólo frente a la adversidad. Estar disponible, brindándole seguridad.

Permitirle estar a solas: si bien el sobreviviente necesita compañía, también necesita poder estar a solas. Hay quienes intentan distraer todo el tiempo a la persona traumatizada, creyendo que no permitirle entrar en contacto con sus sentimientos, recuerdos y emociones dolorosos es una manera de ayudarlos. Muy por el contrario, según lo visto, eso interfiere con los mecanismos naturales.

Ayudarlo con las tareas diarias: luego de una situación traumática, las tareas que anteriormente realizaba con facilidad pueden tornarse demasiado pesadas o complicadas, ya que en muchas ocasiones la capacidad de concentración se ve drásticamente disminuida. La ayuda material concreta puede aliviar la sensación de impotencia.

No tomar personalmente su agresividad: explicarles que es una reacción natural y que la agresividad puede ser una manera de descargar la ansiedad y la angustia contenidas y que no es nada personal.

Evitar decir frases hechas que, aunque basadas en el sentido común, usualmente se enfrentan con los pensamientos y sentimientos del damnificado (Cuadro 1)

Principios de intervención psicofarmacológica

Muchas de las personas que enfrentan una situación crítica, potencialmente traumatogénica, van a desarrollar sintomatología inicialmente, muchos de estos síntomas van a

desaparecer con el paso del tiempo, el algunos casos con ayuda del apoyo familiar, social y/o psicoterapéutico. Como principio general entonces, uno debería plantear que no todos los cuadros ameritan medicación y que, cuanto más tiempo pasa entre el hecho y la primera consulta, la probabilidad de recibir medicación aumenta drásticamente (durante el año 2005, año siguiente de la tragedia de Cromañón, cientos de sobrevivientes y sus familias recibieron asistencia en el Servicio de Estrés Traumático del Hospital Alvear; solo el 20% de ellos recibieron medicación. Mientras que si un veterano de Malvinas, 25 años después del hecho, consulta con sintomatología instalada por ese largo período, va a recibir en todos los casos un tratamiento psicofarmacológico). Hecha esta salvedad inicial y aclarando que consideramos que el tratamiento central de las consecuencias psíquicas del trauma, es el psicoterapéutico, vamos a hablar de los cuadros que sí deben ser medicados, sea por la consulta tardía, sea por el importante malestar que generan, sea por la persistencia sintomática pese al tratamiento psicoterapéutico.

Un grupo de síntomas muy común de encontrar son los relacionados con la ansiedad psíquica y física. Para evaluar su magnitud se toma la frecuencia cardiaca (FC) en reposo y si esta supera los 95 latidos por minutos podemos pensar en una hipersensibilidad catecolaminérgica que se medica con Beta Bloqueantes (BB), propranolol de 80 a 160 mg/d. En el caso que la ansiedad no curse con FC elevada, o que no haya una respuesta adecuada a los BB, la primera opción son los Antidepresivos (ATD) que inhiben la recaptación de serotonina (IRSS). En algunas ocasiones, una vez que la ansiedad ha sido yugulada, el paciente sufre de insomnio como remanente, que también puede ser el monosíntoma por el que el paciente consulte. En ambos casos, la primera opción son los ATD sedativos, como el Trazodone (25 a 75 mg/d), la Mianserina (7,5 a 30 mg/d) y la Mirtazapina (7,5 a 30 mg/d). En el caso que no fueran efectivos y el paciente no llegara a un sueño de un mínimo de 5 o 6 horas diarias que fuera suficientemente reparador, hay que adicionar antihistamínicos, como la Prometazina (25 a 50 mg/d) o la Difenhidramina (50 mg/d). Si con esta combinación no llegáramos a la remisión sintomática, agregaremos Quetiapina (25 a 100 mg/d). Los IRSS también son la opción cuando lo que prima es la sintomatología depresiva o evitativa. En el caso que éstos no funcionen, pueden ser reemplazados por otros ATD como la Duloxetina (60 mg/d), la Venlafaxina (150 a 300 mg/d) o el Milnacipram (50 a 100 mg/d); la Clorimipramina (150 a 300 m/d) puede ser una opción cuando las anteriores alternativas no funcionen. Si los ATD no alcanzan la remisión, el siguiente paso es combinarlos con Antirrecurrenciales, Esta misma combinación es la primera elección en el caso que el paciente presente sintomatología maníaca, flashbacks recurrentes, síntomas psicóticos o impulsividad (Agresividad, Uso indebido de Drogas o Alcohol o Sexualidad Impulsiva). Los Antirrecurrenciales que se utilizan son Valproato (25 mg/kg/d), Oxcarbacepina (900 a 1500 mg/d), Lamotrigina (250 mg/d) o Pregabalina (150 a 600 mg/d).

Por último, si la combinación de ATD y Antirrecurrenciales no es eficaz, la adición de Antipsicóticos Atípicos en bajas dosis puede dar resultados positivos: Olanzapina (2,5 a 5 mg/d), Ziprasidona (80 a 120 mg/d), Risperidona (1 a 3 mg/d) o Aripiprazol (10 mg/d).

Es relevante aclarar que las Benzodiacepinas (BZD) no son una opción adecuada, ni para el insomnio, ni para la reducción de la ansiedad, fundamentalmente por su efecto disociativo, que como vimos con anterioridad, contribuye al desarrollo de sintomatología postraumática; además de presentar tolerancia y acostumbramiento con el uso crónico. La única ocasión en la que las BZD son una opción adecuada sin mayores riesgos y con una importante mejoría en la calidad de vida, medida con la Q-Les-Q (Quality of Life enjoyment and satisfaction Questionnaire), es cuando el TEPT cursa con sintomalogía panicosa, en la que podemos indicar una formulación sublingual para ser administrada hasta dos veces por día y durante un máximo de dos semanas, en el momento de la ansiedad anticipatoria o el ataque de pánico.

Referencias Bibliográficas

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual-III. 1980

American Psychiatric Association, DSM-IV. 1994

Bell, Carl. Exposure To A Traumatic Event Does Not Automatically Put A Person On A Path To Develop PTSD: The Importance of Protective Factors To Promote Resiliency. Disponible en http://www.giftfromwithin.org/html/promote.html

Bloom, S. Our hearts and our hopes are turned to peace: origins of the International Society for Traumatic Stress Studies. ISTSS, 2000

Disaster Response Education and Training Project, Center for the Study of Traumatic Stress. Psychological First Aid. Disponible en http://www.usuhs.mil/csts/

Herman, Judith: Trauma and recovery. The aftermath of violence. From domestic abuse to political terror. New York, Basic Books, 1997.

International Society for the Study of Dissociation. (2005). [Chu, J.A., Loewenstein, R., Dell, P.F., Barach, P.M., Somer, E., Kluft, R.P., Gelinas, D.J., Van der Hart, O., Dalenberg, C.J., Nijenhuis, E.R.S., Bowman, E.S., Boon, S., Goodwin, J., Jacobson, M., Ross, C.A., Sar, V, Fine, C.G., Frankel, A.S., Coons, P.M., Courtois, C.A., Gold, S.N., & Howell, E.]. Guidelines for treating Dissociative Identity Disorder in adults. Journal of Trauma & Dissociation, 6(4) pp. 69-149. Journal of Trauma & Dissociation, Vol. 6(4) 2005

Koopman, C. et al. When disaster strikes acute stress disorder may follow. Jorunal of Traumatic Stress, Vol 8, Nº1, 1995

McFarlane, A & van der Kolk, B. Trauma and its challenge to society. En van der Kolk, B. et al. Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society. New York, Guilford Press. 1996. pág. 24-46

National Center for PTSD. Psychological First Aid. Disponible en http://www.ncptsd.org

Ochberg, Frank. Posttraumatic Therapy. En John P. Wilson y Beverley Raphael (ed.) International Handbook of Traumatic Stress Syndromes, Plenum Press, New York, 1993

Schapiro, Francine. Eye movement desensitization and repprocesing: basic principles, protocols and procedures. New York, Guilford Press, 1995

Rothbaum, Barbara. Aplicación de los principios del aprendizaje para el tratamiento de reacciones postraumáticas. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica. Vol 3, Nº2, Junio de 2004. pág. 4-12 http://www.psicotrauma.com.ar

van der Kolk, Bessel. La naturaleza del trauma. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica. Vol 1, Nº1, Diciembre de 2002. pág. 4-20. http://www.psicotrauma.com.ar

Wylie, Mary S. Mindsight. Psychotherapy networker. Sept./Oct. 2004

Cuadro 1
No diga.…
Sé lo que siente
No hay mal que por bien no venga
Él/ella está mejor ahora.
Era su momento para partir.
Hablemos de otra cosa.
Tienes que superarlo.
Eres suficientemente fuerte.
Deberías estar contento de que pasó rápidamente.
Lo que no nos mata nos hace más fuertes.
Vas a estar mejor pronto.
Hiciste todo lo que pudiste
Tienes que relajarte.
Por suerte estás vivo.
Afortunadamente nadie murió
La sacaste barata

Cuadro 2
NO…
…fuerce a la gente a hablar de lo que sucedió, especialmente los detalles
…diga a la gente cómo deberían sentir, pensar, o hacer, o cómo deberían haber actuado (disminuye la autoeficacia).
…diga a la gente por qué Ud. piensa que les sucedió aludiendo a conductas o creencias personales (reduce la autoeficacia).
…haga promesas que no puede cumplir (reduce la esperanza).
…critique los esfuerzos y servicios de ayuda frente a la gente que los necesita
…crea saber lo que la que la persona está experimentando o por lo que ha atravesado.
…dé por sentado que toda persona expuesta a un desastre resultará traumatizada.
… patologice. No rotule las reacciones como "síntomas" ni hable en términos de "diagnósticos" "enfermedades," "patologías," o "trastornos"
…subestime al sobreviviente y a sus capacidades
…focalice sobre sus debilidades, errores, o incapacidades
….asuma que todos los sobrevivientes necesitan o quieren hablar. Frecuentemente, estar físicamente presentes de una manera calma y contenedora ayuda a sentirse más a salvo y más capaz de afrontar
SI:
…Focalícese sobre lo que la persona ha hecho de efectivo o haya podido contribuir a ayudar a otros

Cuadro 3
Cómo dar buen apoyo
Muestre interés, atención y cuidado
Muestre respeto por las reacciones y formas de afrontamiento de los individuos
Hable acerca de las reacciones esperables, y la manera saludable de enfrentarlas
Encuentre un lugar y un tiempo adecuado para hablar
Recuerde que este tipo de estrés puede tomar tiempo para resolverse
Recuerde que las personas pueden ser capaces de recuperarse
Manténgase libre de prejuicios o preconceptos
Ayude a encontrar nuevas formas positivas de afrontamiento
Ofrezca compartir tiempo o hablar tantas veces como sea necesario
Promueva la autoeficacia
Dé sugerencias prácticas para que la gente pueda ayudarse a sí misma.
Ayude a la gente a reconocer sus propias necesidades.

Cuadro 4
Cosas que interfieren con el apoyo
Apurar a la gente a que esté bien
Actuar como si el otro fuera débil o exagerado sólo porque no son tan fuertes como Ud. lo es, o como Ud. supone que lo sería en una ocasión similar
Hablar de su propia experiencia personal sin escuchar la historia de la otra persona
Dar consejo sin escuchar las preocupaciones de la persona
No permitir a la persona hablar acerca de lo que la está perturbando

Cuadro 5
Formas positivas de afrontamiento
Hablar con otros para conseguir apoyo
Descansar
Realizar actividades distractivas positivas (deportes, hobbies, lectura)
Hacer ejercicios físicos con moderación
Mantener un ritmo normal de vida, en la medida que las condiciones externas lo permitan
Realizar actividades placenteras
Comer saludablemente
Tomarse descansos
Compartir tiempo con otros
Participar en grupos de apoyo
Usar métodos de relajación
Usar diálogos internos positivos
Llevar un diario

Cuadro 6
Formas Negativas de afrontamiento
Consumir alcohol o drogas
Apartarse de las actividades normales
Apartarse de la familia o amigos
Trabajar muchas horas
Enojarse o ponerse violento
Culpar a otros
Comer en exceso
Mirar demasiada TV o jugar demasiados juegos de PC o videogames
Realizar actividades o actos riesgosos
Descuidarse

Cuadro 7
Claves para la relajación
Ejercicios de relajación muscular
Ejercicios respiratorios
Meditación
Natación
Elongación
Yoga
Oración
Ejercicios aeróbicos
Escuchar música tranquila
Contacto con la naturaleza