

POLICLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA*

**HOSPITAL VILARDEBÓ
MONTEVIDEO
URUGUAY.**

Myriam Calero, Laura Cutinella, Grisselle Duarte, Ma. Alcira Frontini, Soledad García, Fabián Vico, Ivonne Yoo.

macalero@mednet.org.uy

***Trabajo presentado en el II CONGRESO IBEROAMERICANO DE EMDR Y PSICOTRAUMA. Quito, Ecuador. 29 de octubre al 1 de noviembre 2010.**

RESUMEN

La falta de alternativas de tratamiento para pacientes graves y el reconocimiento de situaciones traumáticas como factores etiológicos o coadyuvantes de sus patologías, ha generado la necesidad de nuevas respuestas terapéuticas para esta población.

Se instrumentó una Policlínica para el tratamiento del Trauma con el Modelo EMDR en el Hospital Psiquiátrico Vilardebó de Uruguay que da atención tanto a pacientes internados con patologías psiquiátricas severas como a pacientes ambulatorios con TEPT.

Los pacientes atendidos son del sector público, de bajos recursos, algunos de los cuales presentan también causas judiciales por cometer hechos delictivos asociados a Trastornos Disociativos.

Se presenta esta experiencia, la forma en que se instrumenta, el equipo que la forma, y la necesidad que se repliquen instancias similares en otros sectores de atención.

FUNDAMENTOS PARA LA CREACIÓN DE UN SERVICIO ESPECIALIZADO EN EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

EVENTO TRAUMÁTICO

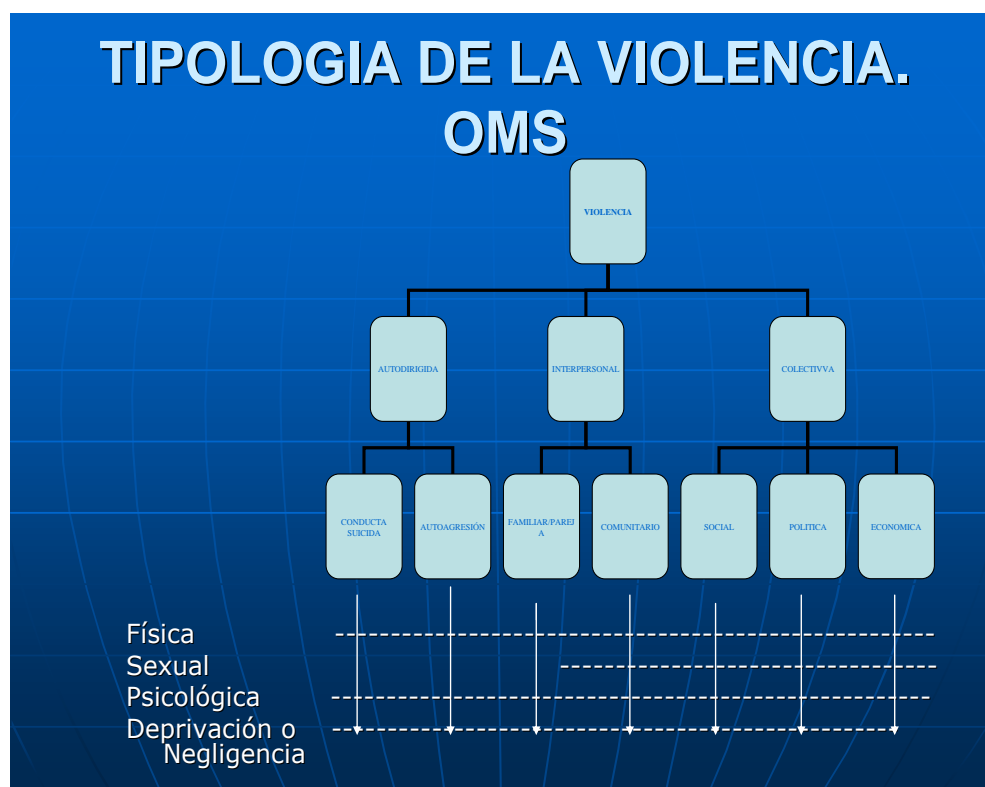
Se define un evento traumático como aquel que sobrepasa la capacidad de tolerancia de una persona para lidiar con una situación dada.

Tiene como características más importantes el de ser un **evento disruptivo**. Irrumpe en el psiquismo y produce reacciones que alteran su capacidad integradora y de elaboración, provocando **alteraciones a nivel biológico**, emocional, cognitivo y relacional.

Los cambios en la respuesta biológica al estrés provocan **alteraciones en el procesamiento de la memoria**.

Las fuentes más importantes de eventos traumáticos son la **violencia**, los accidentes y los desastres naturales.

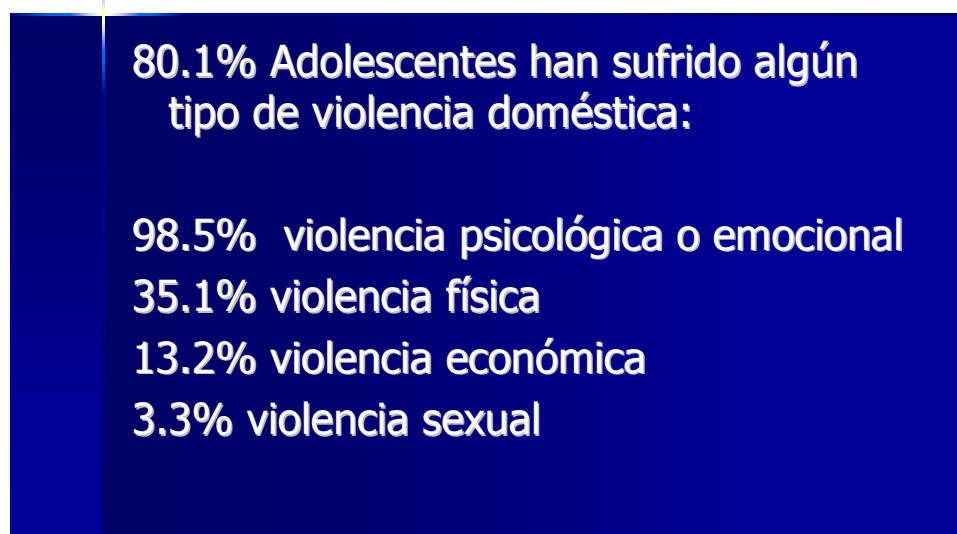
La OMS (2002) hace una interesante clasificación de la violencia. (Ver Cuadro 1)



Cuadro 1. Informe mundial sobre la violencia y la salud.
OPS. OMS

La **violencia intrafamiliar** presenta algunas características particulares que la transforman en una importante fuente de trastornos psicológicos: es más frecuente en la infancia y en la adolescencia; las mujeres están más expuestas y es ejercida principalmente por las personas encargadas del cuidado y apoyo afectivo.

Una investigación hecha en el año 2009 por el Instituto Nacional de las Mujeres de Uruguay muestra algunas cifras impactantes (ver Cuadro 2)



Cuadro 2. *No era un gran amor*. Investigaciones sobre violencia doméstica. Instituto Nacional de las Mujeres, 2009

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA.

Quienes trabajan en salud mental reconocen en los pacientes con trastornos mentales la existencia, casi sistemáticamente, de algún tipo de violencia intrafamiliar. Cuando no se le encuentra es porque no se le busca.

Esta produce problemas en el área social, psicológica y física. Si no los genera *per se*, contribuye a la aparición de cuadros que recorren todo el espectro de clasificación de los trastornos mentales:

Depresión mayor.

Ansiedad generalizada.

Trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Trastornos somáticos.

Trastornos psicóticos.

Dicha afirmación está basada en múltiples investigaciones, de las cuales se mencionarán algunas.

INVESTIGACIONES.

Los resultados de algunas investigaciones muestran que:

- El trauma infantil repetido causa anormalidades estructurales y neuroquímicas en el cerebro que hacen a la persona más vulnerable a eventos estresores que puedan presentarse más tarde en su vida. (Üçok, A. 2007).

- El abuso físico y sexual y el bullying en la infancia predisponen a la psicosis. Creencias negativas de sí mismo, el mundo y otros (“soy vulnerable”, “otras personas son peligrosas”) se encuentran asociadas al desarrollo de experiencias psicóticas. Aumento de probabilidad de suicidio. Comorbilidad con uso de sustancias (para aliviar los síntomas del TEPT). (Morrison A., Read J., Turkington D. 2005).

- Los hombres y mujeres víctimas de abuso tienen una incidencia mayor de trastornos psiquiátricos que los controles de la población general: 12.4% vs. 3.6%. Rasgos más altos para: Desórdenes mentales de la infancia, Desórdenes de la personalidad y Desórdenes afectivos mayores (Josie Spataro et al. 2004).

- Existe una alta frecuencia de alucinaciones auditivas, particularmente de autoeliminación e ideación paranoide entre los pacientes internados con una historia de abuso (John Read, Nick Argyle. 1999).

- Martin H. Teicher. (2002, 2010) ha realizado interesantes estudios que muestran los efectos del maltrato sobre el desarrollo del cerebro.

- Los pacientes con trastorno bipolar que habían tenido abuso sexual o físico presentaban: Comienzo más temprano del Trastorno Bipolar. Mayor prevalencia de ciclado rápido. Intentos de suicidio. Comorbilidad con trastornos de ansiedad, TEPT, Abuso de sustancias y desórdenes de la personalidad (Soledad Romero. 2009 citando a Leverich et al. 2002. Brown et al. 2005. Garno et al. 2005).

- Los antecedentes traumáticos infantiles constituyen fuente de riesgo frecuentes inespecíficos para: Trastornos afectivos, Trastornos ansiosos, Trastornos de la alimentación, Trastornos disociativos y Abuso de alcohol (Verónica Vitriol. 2005).

- El estudio de ALSPAC (Avon Longitudinal Study of Parents and Children) ha sido uno de los más importantes por su magnitud que se viene realizando desde el año 1992 y confirma el efecto que tiene la ansiedad de la madre durante el embarazo sobre el desarrollo del niño. Este estudio da lugar a la TEORÍA DE LA PROGRAMACIÓN FETAL que sostiene que los sistemas biológicos se adaptan al input del ambiente durante períodos específicos de alta sensibilidad del desarrollo. Y que la maleabilidad de los sistemas biológicos para adaptarse al ambiente se limita con el desarrollo.

- Es de orden mencionar la **Teoría del Apego de John Bowlby** (1969) que considera que “La conducta de apego se organiza en el SNC (...) Existe la tendencia a responder conductual y emocionalmente para permanecer cerca de la persona que cuida y protege (lo que aumenta la probabilidad de sobrevivir y traspasarlo a generaciones futuras) (...) Los estilos de apego se desarrollan temprano y se mantienen durante toda la vida. Permiten la formación de un modelo interno (creencias de sí y de los demás) y de modelos que influyen en la formación y mantenimiento de los vínculos.”

Los estilos de apego van a influir en el desarrollo de la patología de la persona. Generalmente los niños víctimas de violencia van a tener un apego desorganizado

¿CÓMO PROCESA LA MENTE LA INFORMACIÓN QUE LE RESULTA ABRUMADORA DESDE EL PUNTO DE VISTA EMOCIONAL?

Kardiner en el año 1941 habla de la naturaleza subcortical de los recuerdos traumáticos a partir de su libro “The traumatic Neuroses of War”.

Refiere que, producido el suceso traumático en la persona, se genera un conjunto predecible de respuestas emocionales o físicas irrelevantes para lo que está sucediendo realmente.

Estas reacciones se deben a la activación de redes neuronales cerebrales que a su vez son activadas por sensaciones, emociones y sentimientos que se corresponden con las experimentadas en el momento del trauma.

Se produce una respuesta que habría sido relevante en la situación original (como lucha o fuga), aunque no logra resolver el daño, dolor, terror o desamparo que la persona experimenta, como tampoco lo logró en el momento del trauma original.

ÁREAS CEREBRALES INVOLUCRADAS EN EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

El **tálamo** es una estructura del lóbulo temporal, cuya función retransmite a la corteza cerebral la información que ingresa por los sentidos.

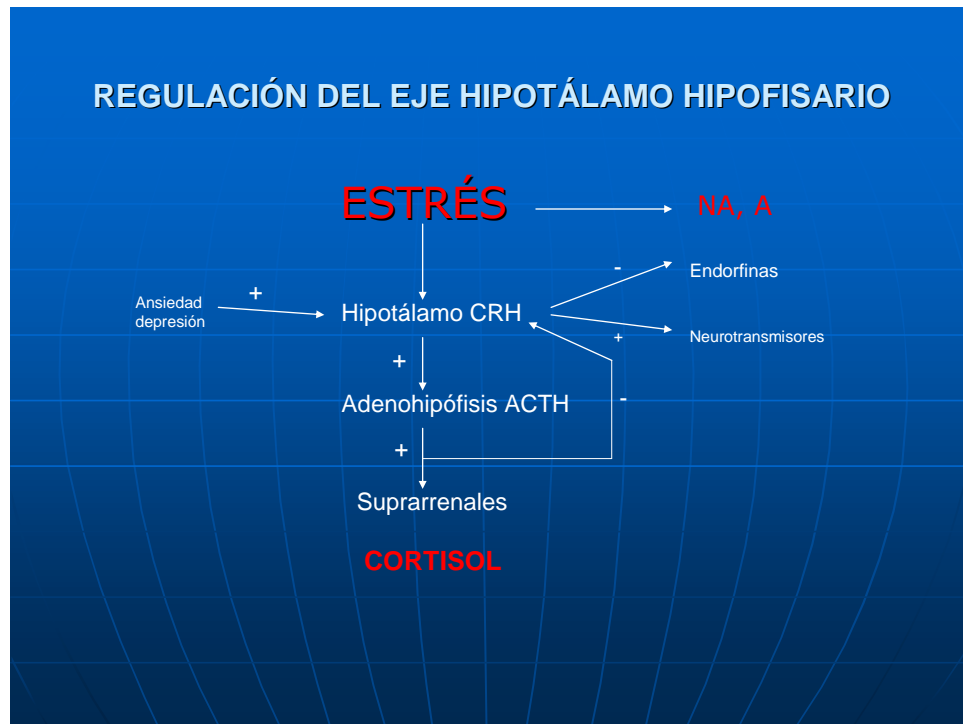
El **hipotálamo** rige el sistema nervioso autónomo responsable de nuestras respuestas automáticas.

La **amígdala**, también en el lóbulo temporal, da la valencia emocional a la información que llega al sistema nervioso.

El **hipocampo** da contexto a la experiencia relacionado a la memoria, también parte del lóbulo temporal.

La **corteza prefrontal** planifica la información.

RESPUESTA FRENTE AL ESTRÉS DEL EJE HIPOTÁLAMO HIPOFISARIO (ver Cuadro 3)



El **cortisol** juega un papel preponderante en la respuesta al estrés ya que promueve casi todas las acciones y funciones orgánicas. Pero hay que destacar que la secreción continuada de cortisol por las glándulas suprarrenales tiene un importante efecto en la neurogénesis. Se produce una reducción de neuronas y una remodelación de dendritas que inevitablemente van a generar cambios adaptativos a nivel de áreas del cerebro.

Los niveles elevados de activación interfieren en la:

- Función del lóbulo frontal (Amnsten, 1999).
- Función del área de Brocca (Rauch et al, 1996).
- Función ejecutiva del córtex prefrontal (Lanius).
- Función del hipocampo y el tálamo.

Esto va a dar lugar a la organización fragmentaria de improntas sensoriales y emocionales en el cerebro luego de un trauma (van der Kolk, 2000).

TRAUMA CRÓNICO.

Se puede afirmar, entonces, que el trauma crónico interfiere en el desarrollo neurobiológico y, por tanto, en la capacidad de integrar la información sensorial, emocional y cognitiva en un todo cohesivo.

Judith Herman (1992) llama trastorno de estrés postraumático complejo al que se produce como secuela del trauma prolongado, en el que la víctima está cautiva, bajo el control del perpetrador (Por ejemplo en el caso de mujeres y niños en situaciones domésticas víctimas de maltrato).

El trauma crónico produce una verdadera **fragmentación del cerebro** cuya máxima expresión es la disociación.

Van der Hart sostiene que todos los trastornos relacionados con traumas comparten una patología psicobiológica central común que es disociativa.

Así la disociación se considera como un continuum que va desde fenómenos cotidianos a la disociación patológica. Se puede considerar un trastorno disociativo como una respuesta al trauma, relacionado con un apego desorganizado que genera patrones de respuesta ante emociones y situaciones diversas (como reacciones automáticas).

POLICLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA

El **Hospital Vilardebó** es el único hospital psiquiátrico del Uruguay y está situado en Montevideo, su capital. Tiene alrededor de 300 camas entre las de mujeres y hombres de las cuales un poco más de un tercio corresponden a salas de seguridad. En éstas se encuentran internados los pacientes que han cometido delitos a causa de una descompensación psiquiátrica o que, estando encarcelados, sufren un problema que requiera atención psiquiátrica. Asimismo, trata un gran número de personas en sus policlínicas y en el servicio de emergencia. Atiende una población de muy bajos recursos que habitualmente no accede a abordajes psicoterapéuticos específicos.

La relevancia del TEPT y TEPT complejo en la etiología de los trastornos psiquiátricos hace imprescindible disponer de una unidad de psicoterapia que pueda brindar **tratamiento específico** para la población hospitalaria.

EMDR brinda un abordaje específico, altamente eficaz, para estos trastornos por lo que se crea una policlínica que pueda ofrecer atención especializada tanto a pacientes internados como a los que consultan en forma ambulatoria.

A cargo de la **Dra. Myriam Calero**, consultora aprobada y actualmente entrenadora de EMDR, participan psiquiatras y psicólogos que como requisito indispensable deben haber cumplido con el entrenamiento básico en EMDR.

Esta instancia permite su formación continua ya que reciben **supervisión permanente** por parte de la Dra. Calero mientras los pacientes son tratados.

OBJETIVOS DE LA POLICLÍNICA.

Se plantean en dos etapas:

Primera etapa.

- Diagnóstico y tratamiento de pacientes con estrés agudo y TEPT.
- Especialización de los técnicos en el tratamiento de estas patologías.

Segunda etapa.

- Diagnóstico y tratamiento de otras patologías severas donde subyacen situaciones traumáticas que configuren un **trauma complejo**
- Investigación.

POBLACIÓN BLANCO.

En primera instancia se brinda asistencia a pacientes del Hospital Viltrdebó de:

- Emergencia.
- Policlínicas.
- Salas.

Y luego, se brindará asistencia a servicios de otros hospitales:

- Emergencias.
- Policlínicas.
- CTI (centros de tratamiento intensivo).

PRESTACIONES.

Tratamiento psicoterapéutico específico para los pacientes con las patologías mencionadas: EMDR

PRINCIPIOS TEÓRICOS.

El tratamiento de los pacientes de esta unidad de atención está basado en la conceptualización que hace el modelo EMDR de la salud y la patología. (F. Shapiro, 1995, 2001).

Existe un **SISTEMA DE PROCESAMIENTO DE INFORMACION** a estados **ADAPTATIVOS (SPIA)** en nuestro **Sistema Nervioso Central** que tiene las siguientes características:

- Innato.
- Orientado hacia la salud.
- Tiende al equilibrio.
- Alojado en las redes de Memoria del cerebro.

EVENTO TRAUMÁTICO.

Para EMDR un evento traumático es cualquier experiencia perturbadora que altera el SPIA, de ahí que la información quede almacenada de manera disfuncional y produzca la patología.

PATOLOGÍA.

Por lo tanto:

- Las memorias perturbadoras quedan almacenadas disfuncionalmente tal como fueron percibidas en el momento del evento.
- Los trastornos clínicos sin base orgánica derivan de una falta de procesamiento de experiencias o dicho de otra manera, las memorias no procesadas son la base primaria de la patología.
- Cuando las percepciones del presente se vinculan con esas redes de memoria, se experimentan algunos componentes de las memorias no procesadas (emociones, sensaciones físicas, pensamientos). Pueden ser – internas (pensamiento, asociación) o – externas (situación similar a la experiencia traumática).

Las redes con información desadaptativa no logran conectarse con las redes de memoria con información adaptativa.

TRATAMIENTO.

Al aplicar al paciente traumatizado el abordaje EMDR se activa su sistema innato de procesamiento de la información: SPIA. Esto hace que la información almacenada disfuncionalmente se ligue con redes de memoria que contienen información adaptativa. La información se trasmuta, cambia a nivel neurobiológico.

CON LA TERAPIA EMDR CAMBIAN:

- COGNICIONES.
- EMOCIONES.
- SENSACIONES FÍSICAS.

Se puede acceder a las memorias disfuncionales desde sus aspectos cognitivos, como desde la emocionalidad o las sensaciones físicas. EMDR es una vía rápida y única de acceso que le permite al paciente una nueva forma de entenderse a sí mismo, a su entorno y de actuar en su contexto interpersonal.

TRATAMIENTO DEL TRAUMA COMPLEJO.

El tratamiento del trauma complejo merece algunas consideraciones especiales que deben ser tomadas en cuenta.

Según Carol Forgash (2008) las distintas etapas que se deben cumplir en el tratamiento de una persona severamente traumatizada son las siguientes:

- Construcción de la relación terapéutica con un tratamiento continuo.
- Diagnóstico y valoración.
- Fases de tratamiento
- Fases de preparación ampliada
- Estabilización.
- Trabajo con estados del yo/ego.
- Resolución del conflicto inicial y reconexión.
- Desensibilización y reprocesamiento.
- Reconexión con el self y los otros.
- Manejo de los problemas de la vida actual.

CASOS CLÍNICOS.

Los casos clínicos que se van a presentar son ilustrativos del tipo de pacientes que se ven en nuestro hospital y que fueron tratados por el equipo.

Debido a algunas características particulares de los pacientes y el entorno (posibilidad de tratamiento con el paciente internado en una sala donde existe una respuesta inmediata frente a cualquier demanda, poca disponibilidad de tiempo para realizar el tratamiento porque los pacientes judiciales simuladores deben ser devueltos a la cárcel rápidamente o por el contrario, los que padecen una patología psiquiátrica, deben continuar en el hospital) no todas las etapas teóricas mencionadas se cumplieron obteniéndose buenos resultados

Paciente 1.

DG. H. 29 años. Casado, hija de 4 años, chófer de una familia.

Motivo de consulta: Ingresa a sala de seguridad desde la cárcel por robar autos grises y prenderles fuego frente al lugar donde trabajaba hacía unos años.

Antecedentes psiquiátricos: varias internaciones por Intento de autoeliminación.

Diagnósticos previos: Trastorno disociativo histérico, Trastorno límite de la personalidad., Trastorno de personalidad no especificado, Psicosis delirante aguda, Esquizofrenia, Episodio psicótico agudo.

Diagnóstico a la derivación: Trastorno Disociativo.

Antecedentes Personales: Historia de maltrato físico y abuso sexual durante su infancia por su padrastro.

Tratamiento: Abordaje del paciente con EMDR para procesamiento de las experiencias traumáticas.

FUE POSIBLE UNA ETAPA DE ESTABILIZACIÓN BREVE Y UN CASI INMEDIATO ABORDAJE DE LA SECUENCIA DE BLANCOS PORQUE EL PACIENTE SE ENCONTRABA INTERNADO.

El paciente respondió rápidamente al tratamiento. Hubo alguna instancia en la cual aumentaron los síntomas depresivos y de ansiedad que fue manejada por el psiquiatra y el psicólogo de la sala. Con esta contención soportó bien el procesamiento de las situaciones traumáticas de su infancia así como las dificultades que tenía en el presente, especialmente con su pareja. Duración del tratamiento: desde febrero a julio 2008.

Paciente 2.

WP. H. 44 años. Casado, un hijo de 8 años. Comerciante. Mecánico.

Motivo de consulta: Ingresa a sala de seguridad procedente de cárcel por rapiña (roba caramelos de un quiosco con una pistola de su padre fallecido).

Diagnósticos previos: Trastorno de personalidad histriónico. Duelo complicado. Simulación. Confrontaciones con psiquiatra forense que lo quiere reenviar a la cárcel.

Diagnóstico a la derivación: Trastorno disociativo severo. Episodio depresivo mayor por duelo por fallecimiento de su hermano.

Antecedentes personales: Abuso sexual en la infancia. A los 15 años se entera que es adoptado, comienza tratamiento. psiquiátrico. Hace 2 años fallece padre.

Hace 1 año y medio fallece su hermano por cáncer. Importante culpabilización por no haber podido evitar la muerte.

Tratamiento: Fase de estabilización breve, el paciente contactaba muy difícilmente con la terapeuta. Amnesia disociativa. Se comienza a procesar la muerte de su hermano que fue previa al episodio del robo, muy lentamente al principio. A medida que se produce el procesamiento el paciente es capaz de comenzar a reconstruir su memoria biográfica. Luego se reprocesan cronológicamente los distintos eventos de su vida relacionados. En pocos meses el paciente es capaz de estar en el presente, no presenta ningún síntoma disociativo. Actualmente de alta, con detención domiciliaria.

FUE POSIBLE UNA ETAPA DE ESTABILIZACIÓN BREVE Y UN CASI INMEDIATO ABORDAJE DE LA SECUENCIA DE BLANCOS PORQUE EL PACIENTE SE ENCONTRABA INTERNADO.

Paciente 3.

SB. F. 25 años. Casada. Ama de casa, profesión enfermera (no ejerce). Paciente ambulatoria en tratamiento psiquiátrico desde hace 2 años cuando consulta porque se casa y comienzan sus relaciones sexuales.

Oriunda del interior del país, actualmente vive en Montevideo con su esposo.

Tuvo una mala evolución con el tratamiento psiquiátrico y psicológico por lo que es derivada al servicio.

Motivo de consulta: Síntomas de ansiedad y depresión: irritabilidad (especialmente hacia el esposo), apatía, desánimo, ideas de autoeliminación, alteraciones del sueño, pesadillas, ansiedad generalizada. La ansiedad aumenta al anochecer.

Biografía:

4 años. Separación padres. Vive con madre y 2 hermanos. 6 años. Madre con nueva relación pareja. 8 a 12 años. Abuso sexual reiterado por padrastro. Violencia física y psicológica por madre y padrastro. Mudanzas frecuentes. 12 años. Conoce madre adoptiva en Iglesia Evangélica. 15 años. Padrastro preso. Pasa a vivir con abuela. Se realiza denuncia judicial. 21 años. Viene a Montevideo. Vive con madre adoptiva. 22 años. Conoce a actual esposo. 23 años. Se casa. Problemas sexuales. Disfunción orgásmica primaria. Consulta con psiquiatra, mejora dificultad sexual. Continúa resto sintomatología. 25 años. Derivada por psiquiatra tratante a Policlínica del Trauma con diagnóstico de Trastorno de Estrés postraumático (TEPT).

Tratamiento: Se destaca que en los primeros encuentros la paciente no es capaz de identificar emociones, de relajarse y está en un permanente estado de alerta. Se aplica la escala de Davison para TEPT (ver Cuadro 4). Estabilización. Reprocesamiento. Se comienza con disparadores actuales (se encuentra padrastro en ómnibus). Se elige esta imagen para comenzar el reprocesamiento porque la paciente no quiere referirse a sus experiencias tempranas de abuso. Llegado el momento éstas son reprocesadas sin que la paciente hable de ellas. Se trabaja aproximadamente por 10 sesiones y remite toda la sintomatología. Se vuelve a aplicar la Escala de Davison postratamiento (ver Cuadro 5).

semana. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.	2 = 2-3 veces 3 = 4-6 veces 4 = a diario	2 = moderada 3 = marcada 4 = extrema
¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?.....	4	3
¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?.....		
¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo?.....	4	4
¿Como si lo estuviera reviviendo?.....	3	4
¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?.....		
¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea).....	1	3
¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?.....	4	3
¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?.....	4	4
¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?.....		
¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?.....	4	3
¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?.....	1	2
¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?.....	0	0
¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?.....	1	2
¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?.....	4	3
¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?.....	4	4

Cuadro 4. Escala de Davison aplicada antes del tratamiento

En los cuadros de arriba de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.	2 = 2-3 veces	2 = modera
	3 = 4-6 veces	3 = marcad
	4 = a diario	4 = extrem
¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento? ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido dificultades de concentración?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuadro 5. Escala de Davison aplicada luego del tratamiento

EJEMPLOS DE OTROS PACIENTES QUE SE HAN TRATADO PARA VER LA GRAVEDAD DE SUS PATOLOGÍAS.

26 años. Sufre la amputación del miembro inferior derecho en un accidente estando alcoholizada.

63 años. Protagoniza un accidente de auto en el que fallecen los ocupantes del otro auto.

55 años. Mueren carbonizados sus 3 hijos hace 20 años.

54 años. Mata a su marido quien la maltrataba. (8 años de cárcel).

16 años. Proveniente de un hogar de menores. Abusada por su padrastro.

34 años. Intento de autoeliminación grave por ahorcamiento. Se recibe al paciente con el diagnóstico de injuria cerebral grave por hipoxia. Luego de la estimulación bilateral con la foto de su hijo sirviéndole de estímulo (ya que el paciente no hablaba, ni mantenía la mirada) el paciente empieza a contactar con la terapeuta y se hace diagnóstico de Trastorno disociativo.

45 años. Sufre importante quemadura del brazo derecho por electrocución que lo deja inmovilizado.

OTROS ASPECTOS A TOMAR EN CUENTA CUANDO SE TRABAJA CON PACIENTES ALTAMENTE TRAUMATIZADOS

-Las experiencias nucleares del trauma son la falta de poder y la desconexión con otros.

- La recuperación está basada en la recuperación del poder y la creación de nuevas conexiones.

- Existe el riesgo para el terapeuta de que se produzca una traumatización vicaria. El trauma es "contagioso". Se pueden reactivar experiencias traumáticas del terapeuta durante el tratamiento o involucrarse emocionalmente con lo que siente el paciente.

También puede existir una identificación del terapeuta con el perpetrador. A veces le es muy difícil a la terapeuta soportar el dolor emocional del paciente o tiene reparos en que el paciente lo reexperimente.

Por lo tanto, los terapeutas deben contar con una red de apoyo a la que puedan recurrir cuando lo necesiten. Esta posibilidad es otra característica favorable que tiene el grupo que trabaja en el Hospital.

El grupo permite una garantía de seguridad ya que comparte responsabilidades no sólo con el paciente sino también entre sus integrantes. Ayuda a sostener las variaciones emocionales de los pacientes, de los propios terapeutas, brinda supervisión. Es decir, todos los elementos necesarios para que se produzca el cuidado.

CONCLUSIONES

Referidas a:

La patología en sí:

- La categorización de las enfermedades mentales graves debe ser reconsiderada en base a los hallazgos de las investigaciones con la incorporación del diagnóstico y el tratamiento del trauma.

- Las intervenciones clínicas deberían conceder al menos, la misma importancia al tratamiento de las causas y secuelas de la traumatización que a las intervenciones farmacológicas y de electroconvulsoterapia.

- La psiquiatría general debe integrar a la psicotraumatología.

- El desconocimiento de los tratamientos específicos para el trauma, va en perjuicio de la salud mental de la población.

Las personas que deberían recibir tratamiento:

Es imprescindible que todos los servicios de atención en salud mental tengan un servicio especializado en el tratamiento de pacientes traumatizados. Esto es más necesario aún para personas de bajos recursos ya que no sólo es para ellas más difícil el acceso a tratamientos psicoterapéuticos, sino que muchas veces las propias condiciones socioeconómicas ayudan para que la traumatización se perpetúe

El tratamiento en si:

La adhesión a los protocolos de tratamiento de los abordajes psicológicos es necesaria porque asegura una mayor probabilidad de éxito. Sin embargo, para las persona que trabajan en contacto con patologías graves, en medios hospitalarios no del todo adecuados, y con poblaciones de gran vulnerabilidad por sus condiciones sociales que requieren una respuesta inmediata del sistema de salud, hay que considerar, por lo menos como posible, vías de atajo en el tratamiento aunque no se puedan cumplir con todos los criterios de estabilización. Por supuesto, esto es posible sólo dentro de un ambiente protegido que pueda brindar la seguridad que un paciente en estas condiciones puede necesitar.

BIBLIOGRAFÍA

Bowlby, J., Attachment. Attachment and loss. New York. Basic Books, 1999.

Breck, N., Kilby, M. Archives of General Psychiatry. 50: 31-35

Forgash, Carol. Healing the Heart of Trauma and Dissociation with EMDR and Ego State Therapy. Springer Publishing Company, New York. 2008.

González Vazquez, A. Trastornos Disociativos: Diagnóstico y Tratamiento. Ediciones Pleyades.

Hermann, J. Trauma and Recovery. Glenview, IL: Basic Books (Harper Collins). 1992

Instituto Nacional de las Mujeres. No era una gran amor. Cuatro investigaciones sobre violencia doméstica. 2009. Ministerio de Desarrollo Social. Uruguay

Kardiner, Abram. The Traumatic Neuroses of War. Hoeber. New York.

Lanius, R., Williamson et al 2001. Neural correlates of traumatic memories in PTSD. Am. J. Psychiatry citado por Van der Kolk, B. en Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD. NYAS Journal 6-15- 2006:1298

Morrison, A., Read, J., Ross, C.A.. Childhood trauma, Psychosis and Schizophrenia: a Literature review with Teorical and Clinical Implications. Acta Psychiatrica Scandinavica. Vol 112 Nov 2005: 330-350

O'Connor, T., Heron, J., Golding, D. Maternal antenatal anxiety and children's behavioral/emotional problems. A test of programming hypotesis. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. J. Child Psychol Psychiatry Oct 2003; 44 (7) 1025-36

Organización Panamericana de la Salud para la OMS. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. 2002

Rauch, S. A Sympton Provocation Study of PTSD Imagery in Vietnam Combat Veterans. Arch. Gen. Psychiatry 1996, 979-975. Citado por Van der Kolk, B. en Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD. NYAS Journal 6-15. 2006:1298.

Read, J., Argyle, N. Hallucinations, Delusions and Thought Disorder Among Adult Psychiatric Inpatients With a Story of Children Abuse Psychiatric Services. Vol 50 No. 11 Nov 1999

Romero, S., Mirmaher, B., Avelson, D., Golstein, T., Gill, M., Iosif, A., Strober, M. Prevalence and Correlates of Physical and Sexual Abuse in Children and adolescents with Bipolar Disorder. J. Affect Disorder, Jan 2009: 112 (1-3); 144-150.

Spataro, J., Muller, P., Burgess, P., Wells, D., Moss, S. Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. British Journal of Psychiatry. 05/2004; 184:416-21

Shapiro, F. EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular. Ed. Pax. Mexico.

Teicher, Martin. Wounds that time won't heal: The Neurobiology of Child Abuse. Cerebrum. Vol 2 No. 4, 2000

Teicher, Martin. Does Child Abuse Permanently Alter the Human Brain?. International Society for the Study of Trauma and Dissociation. Pierre Janet Memorial Lecture. Oct. 18, 2010.

Üçok, A. The effect of childhood trauma in patients with first episode schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. Vol 116 Issue 5 Nov 2007: 371-377

Van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steel, K. An Insufficiently Recognized Major Feature of Complex Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Traumatic Stress. 18, 413-423

Vitriol, Verónica. Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. Vol 43 No.2. Santiago, junio 2005: 83-87.