

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.
UNA APROXIMACIÓN DESDE LA VISIÓN HOMEOPÁTICA.

ASOCIACIÓN MÉDICA HOMEOPÁTICA ARGENTINA

Autora: Dra. Laura Svirnovsky
Dirección: Agüero 1450 8vo "A"
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Celular: 15 6309 9495
Mail: laurasvirnovsky@gmail.com

Coautora: Dra. Julieta Campanelli
Dirección: Emilio Mitre 201 3ro "E"
Celular: 15 3065 3163
Mail: jlcampanelli@gmail.com

Trastornos por Estrés Postraumático - Una aproximación desde la visión Homeopática

Resumen

La presente comunicación pretende incursionar en el área temática correspondiente al Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) con una aproximación a la visión Homeopática del mismo.

Para ello comenzaremos analizando brevemente el significado e historia de los términos estrés y trauma. Estableceremos la diferencia conceptual de TEPT entre la medicina convencional y la homeopática teniendo en cuenta los conceptos filosóficos vertidos en el Organón.

Abordaremos el diagnóstico según los síntomas descritos en el DSM V y el correlato de los mismos en nuestros repertorios, para finalmente presentar historias clínicas con su correspondiente evolución.

La intención definitiva es lograr una primera aproximación de los médicos clínicos al TEPT.

Trauma -Estrés. Definición- Historia

El vocablo trauma proviene del griego y significa herida, ruptura. En el tema que nos ocupa, el TEPT, lo esencial es el trauma psíquico y la huella que genera observable a través de manifestaciones físicas y psicológicas

Debemos tener en cuenta que un evento disruptivo en la vida de un individuo no necesariamente es traumático. Un mismo hecho puede traumatizar a unos sí y a otros no. Pero para considerar un TEPT la noxa tiene un origen etiológico determinado y una intensidad tal que podríamos decir que todos los individuos expuestos a la misma van a desarrollar algún tipo de respuesta traumática.

El término estrés proviene del inglés stress que significa tensión o presión y fue acuñado por Hans Selye en 1936 cuando describe el Síndrome General de Adaptación.

La Organización Mundial de la Salud define al estrés como a las reacciones fisiológicas que en su conjunto preparan al individuo para la acción.

Bruce McEwen (2000) manifiesta que “El estrés puede ser definido como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual.”

Según Chrousos y Gold (1992) “se puede definir al estrés como un estado de falta de armonía o una amenaza a la homeostasis. La respuesta adaptativa puede ser específica, o generalizada y no específica. Así, una perturbación en la homeostasis resulta en una cascada de respuestas fisiológicas y comportamentales a fin de restaurar el balance homeostático ideal”.

Surgen de este modo conceptos que son importantes a tener en cuenta: homeostasis y alostasis. Claude Bernard ya en el año 1865 definía a la homeostasis como el conjunto de mecanismos que tienden a mantener las condiciones del medio interno estables y constantes en un ambiente inestable. Durante años se ha considerado que ciertos parámetros debían mantenerse dentro de un determinado rango de referencia. Para lograrlo cualquier desvío es corregido a través de

mecanismos de retroalimentación negativa que llevan nuevamente a estos indicadores a su “punto de referencia”(Cannon 1935).

A partir de los trabajos de Peter Sterling surge un nuevo concepto que es el de alostasis.

Mientras que la homeostasis implica tratar de permanecer en un mismo estado, la alostasis es un estado de cambio permanente para preparar al individuo con una respuesta adaptativa (carga alostática) a las demandas del medio, es predictiva.

Es una concepción dinámica y más acorde a nuestros conceptos filosóficos homeopáticos. De acuerdo a cual sea el miasma predominante va a ser la respuesta adaptativa que va a desarrollar el paciente, que al no ser la adecuada va a determinar la aparición de ciertos tipos de síntomas.

Las referencias al TEPT son múltiples a lo largo de la historia. Podemos mencionar a la Biblia y el Talmud, hasta clásicos griegos como La Ilíada, o la Guerra de los Cien Años entre Francia e Inglaterra, donde se destacaban los escenarios bélicos y los síntomas que aparecían en los soldados que participaban.

Oppenheimen en 1884, ya en la era industrial, describe la neurosis traumática para referirse a los síntomas que desarrollan pacientes que han sobrevivido a un accidente ferroviario o laboral.

Kardiner, trató a veteranos de la 1ra y 2da Guerra Mundial y alude en su obra al tratamiento precoz en el campo de batalla de estos pacientes que tienen un Trastorno por Estrés Agudo (TEA), para facilitar una rápida recuperación y prevenir la consolidación de los síntomas. Estudios posteriores han demostrado que igualmente aproximadamente el 50 % de los TEA evoluciona a TEPT.

En 1980 la Asociación Psiquiátrica Americana incluye al TEPT como una de las patologías descritas en el DSM III, a partir del Síndrome post Vietnam desarrollado por unos 700000 veteranos, incluyendo también en esta categoría a aquella población víctima de abusos sexuales, maltrato físico y psicológico, o de desastres naturales o provocados por el hombre. Y es a partir del DSM IV donde comienza a aparecer el diagnóstico diferencial entre el TEA y el TEPT en función del tiempo transcurrido desde el evento traumático hasta la aparición de los síntomas.

Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)

El DSM V define el Trastorno por Estrés Agudo (TEA) a una serie de síntomas vinculados a un período breve que va de los tres días posteriores al mes que un individuo ha experimentado un evento traumático intenso, amenaza de muerte, lesión intensa, violencia sexual; o ha sido testigo o se ha enterado de hechos de ésta índole que le ocurrieron a familiares o amigos cercanos. Entre los síntomas se destacan los de intrusión o reexperimentación del evento en pensamientos, sueños o recuerdos, conductas de evitación de estímulos que recuerdan el trauma, manifestaciones de estar hiperalerta, estado de hiperexcitación, etc.

En el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), si bien los factores desencadenantes y los síntomas de presentación son semejantes, deben estar presentes por un período superior al mes. Para la medicina homeopática el concepto de enfermedad aguda, en este caso el TEA, no está determinado por un factor temporal, sino por la posibilidad evolutiva luego de ser sometido el individuo a un factor estresor intenso y súbito, que es hacia la curación espontánea o la muerte de

no mediar un medicamento homeopático. En este tipo de procesos la curación espontánea depende del interjuego entre la intensidad de la noxa y el grado de equilibrio del terreno miasmático que estaría representado por la carga alostática.

El 50/60 % de los TEA evolucionan a Trastornos de Estrés Postraumático (TEPT). El mismo está comprendido dentro del concepto homeopático de enfermedad crónica, ya que no tiende a evolucionar espontáneamente a la curación y se perpetúa en el tiempo de una manera solapada y progresiva, que de no recibir un tratamiento homeopático adecuado conduce a la muerte.

El TEPT se caracteriza por el desarrollo de una serie de síntomas como consecuencia de la vivencia directa del paciente, o del conocimiento de la ocurrencia de un evento sumamente traumático a un familiar o alguien con quien tiene una importante vinculación emocional.

Es de destacar la importancia de la intensidad y calidad de la noxa que es un elemento imprescindible para considerar como criterio de inclusión dentro del TEPT. Es decir que habría una especificidad etiológica y está relacionada con un suceso extremadamente traumático, repentino y catastrófico.

Puede observarse como consecuencia del padecimiento directo de una amenaza de muerte o toma de rehén en un robo, secuestro, participación en una guerra (como combatiente, encarcelado como prisionero de guerra o en un campo de concentración), ataque terrorista, tortura, agresión sexual (violación, abuso sexual con o sin contacto), exposición a desastres naturales o provocados por el hombre (inundaciones, tsunamis, huracanes, terremotos, incendios) accidentes graves. Abarca también la exposición reiterada a detalles repulsivos del evento traumático siempre y cuando que no se realice a través de foto, películas o dispositivos electrónicos, como podría ser el caso de rescatistas que recogen restos humanos, o soldados en zonas de guerra, exposición a detalles de maltrato o abuso infantil.

Una enfermedad con compromiso de vida solo sería considerada un evento traumático si cumpliera con los criterios de ser de carácter súbita y catastrófica, como un shock anafiláctico o una muerte súbita con resucitación posterior.

También puede desencadenar un TEPT ser testigo directo de una situación de abuso sexual, violencia física, accidente, situación de guerra, asalto violento, enfermedad súbita con compromiso de vida en un hijo, muerte no natural, etc.

En el caso de tomar conocimiento de eventos violentos o accidentales solo serán considerados aquellos acontecidos a familiares o amigos íntimos.

La posibilidad de desarrollar un TEPT es mayor en aquellos que han experimentado el hecho traumático de manera directa, con respecto a quienes han sido solo observadores o se los han transmitido.

Se han podido relacionar una serie de factores predisponentes como el sexo (las mujeres tienen el doble de posibilidad de desarrollar TEPT), trauma previo, historia de abuso en la niñez, antecedentes familiares psiquiátricos y nivel educacional.

La aparición de síntomas en el TEPT podrían ser agrupados en una tríada fundamental: 1) síntomas de intrusión o reexperimentación del evento en pensamientos, sueños o recuerdos; 2) conductas de

evitación de estímulos que recuerdan el trauma; 3) manifestaciones de estar hiperalerta, un estado de hiperexcitación.

Criterios diagnósticos según el DSM V y su correlato clínico repertorial

En el DSM V se establecen los siguientes criterios diagnósticos para el TEPT en niños mayores de seis años, adolescentes y adultos:

A) exposición a la ocurrencia, amenaza de muerte, lesiones graves o violación sexual en una o más de las formas siguientes.

1) Experiencia directa del suceso traumático:

Trastornos por trauma mental (92 I) Trastornos por violencia (92 I)

Trastorno por castigo (91 I) Trastorno por peleas (91 III)

Trastornos por lesiones, accidentes , síntomas mentales (91II)

Trastornos por susto (91 III)

Trastorno por violación (Repertorio de Murphy):

Emergencias, Violación, víctimas de (509 II); trastornos por..

Mente, Abusado, trastornos por haber sido (ver Humillación) (1262 II) Mente, Sexual,

Violación, trastornos por (1397 I)

Abuso sexual, trastornos por (1397 II)

Niños, Abusado, trastornos por haber sido (279 I)

2) Observación directa del suceso ocurrido a otros:

Trastorno por susto (91 II), accidente al ver un (92 I)

Trastorno por trauma mental (92 I)

Impresionable (49 I) / Horribles (37 I)

El individuo también puede desarrollar una serie de síntomas vinculados a la persona que ha

ejecutado el hecho que le ocasionó el trauma, como por ejemplo: Trastorno por decepción ,

Trastorno por amistad defraudada, Odio, etc.

3) Conocimiento de que un suceso violento o accidental ha ocurrido a un familiar cercano o amigo

Trastorno por malas noticias (91 II)

Trastorno por susto (91 III)

Trastorno por muerte de un niño (91 III)

Trastorno por muerte de padres parientes o amigos (91 III)

4) Exposición reiterada a detalles repulsivos del evento traumático que no sea a través de elementos electrónicos, tv, películas o fotos. (Por ej. socorristas que recogen restos humanos o policías expuestos a detalles del maltrato o abuso infantil)

Horribles (37 I) Impresionable (49 I)

Excitación, oír cosas horribles después de (31 III)

Hasta aquí hemos realizado una aproximación repertorial a aquellos síntomas desencadenantes

contemplados en los “Trastornos por”. Pero debemos tener en cuenta la importancia fundamental

que adjudicamos en la medicina homeopática a aquellos síntomas que ha desarrollado el paciente a partir de la exposición a la noxa, es decir su capacidad de reaccionar de acuerdo a su individualidad.

B) Presencia de uno o más de los síntomas de intrusión siguientes asociado al suceso traumático que comienza después de dicho evento

1) Recuerdos angustiosos recurrentes involuntarios e intrusivos del evento traumático

Vive, pensando en acontecimientos pasados desagradables (95 III), recuerda viejos agravios (95 III), desagradables recuerdos (95 III)

Pensamientos persistentes (73 II), obsesionado por temas desagradables, atormentadores (72 III), desagradables (72 III), espantosos (73 I)

2) Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o afecto del sueño está relacionado con el evento traumático

Sueños (748 y siguientes), abusan de él, demasiado débil para defenderse, accidentes, acontecimientos ocurridos hace tiempo, afectan a la mente, agitados, agotadores, ansiosos, asesinado es, asesinato, aterradores, despiértanlo, temor, seguidos de, confusos, crueldad, desagradables, despiertan al paciente, enojosos, envenenado es, gritar no puede, herido es, humillación, ladrones, peleando contra ladrones, llorando, morir, muertos de, mutilación, peleas, peligro, de muerte, perseguido es, pesadillas, presentes en la memoria, remordimientos, traumatismos, tristes, tumbas, venganza, violación, amenaza de, perseguida para ser violada es, presencia una violación, violencia, vívidos

Sueño turbado (758 II), por ansiedad, por intranquilidad, por sueños aterradores, por temor, por visiones aterradoras

3) Reacciones disociativas (por ejemplo escenas retrospectivas) donde el sujeto siente o actúa como si repitiera el suceso

Ilusión enemigos todos son, rodeado por enemigos (41 III), Ilusión de estar en guerra (43 I) Ilusión, es herido, va a ser herido (43 II) es acosado (38 II) asesinado será (39 I), auditivas (39 II), caras ve (40 I), al cerrar los ojos (40 I), criminales sobre (40 III), extraños ve (42 II), gente ve, detrás de él hay alguien (43 I), herido va a ser (43 II), imágenes espantosas (44 I), ladrones ve, en la casa (44 II), perseguido es (46 II), visiones horribles (47 III), vívidas (47 III), voces oye (48 I)

Fantasías aterradoras (32 III)

Delirio de persecución (21 III)

4) Malestar psicológico intenso o prolongado que simboliza o se asemeja a un aspecto del evento traumático

Vive pensando en acontecimientos pasados desagradables (95 III)
recuerda, desagradables recuerdos (95 III)

Sueños, acontecimientos ocurridos hace tiempo (748 III), afectan a la mente (748 II), agitados (748 III), agotadores (748 III), ansiosos (749 II), aterradores (750 I), desagradables (752 I), persistentes (756 II), pesadillas (756 II), vívidos (758 I)

Ilusión, imágenes espantosas (44 I), vive pensando en (44 I), muertas personas ve (45 II), mutilados ve cuerpos (45 III), suicidio impulsan a (47 II) Temor asesinado

de ser (85 II), atropellado de ser (85 III) crueldades por relato (86 I), detrás de él hay
alguien (86 II), envenenado de ser (86 III), a la muerte (88 I), en una multitud (88 II)

Pena, silenciosa no demostrativa (72 II), con sumisión (72 II)

Odio, y venganza (72 II)

C) Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático que comienzan o empeoran
inmediatamente posterior al mismo, que se pone de manifiesto por una o ambas de las
características siguientes

1) Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o
estrechamente asociados al suceso traumático

Memoria débil, para acontecimientos pasados (67 I), para lo que ha pasado (67 III), para todo lo que
ha visto, para lo que ha oído (67 III) Memoria, pérdida, temor por (67 III)

2) Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios (personas, lugares, actividades, objetos,
situaciones) que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o
estrechamente asociados al suceso traumático.

Aversión, a que se le acerquen (10 II), personas a ciertas (10 II), miembros de la familia (10 II)

Compañía, aversión a (15 I), presencia de extraños (15 I)

Separado, de su familia (81 I) amigos, esposa, ignora a sus parientes (81 II)

Extraños, presencia agrava (32 I)

Conversación, aversión a, agrava (19 I), Hablen, aversión a (35 III), solo quiere que lo dejen (35
III), Hablar, otros agrava (35 II)

Introspección (56 I) Miren, no puede tolerar que lo (68 I)

Pensar, aversión a (73 III), en sus males agrava (73 III)

Recuerdos desagradables, rechaza (77 I)

Sensible, a ciertas personas (80 I)

Suspica (84 I)

D) Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o
empeoran después del hecho, como se pone de manifiesto por dos o más de las características
siguientes

1) Incapacidad de recordar un aspecto importante del evento traumático debido a amnesia
disociativa y no a otros factores como lesión cerebral, alcohol o drogas

Memoria débil, para acontecimientos pasados (67 I), para lo que ha pasado (67 III)

Recuerdos desagradables rechaza (77 I)

2) Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás y el
mundo (“Estoy mal”, “no puedo confiar en nadie”, etc)

Pesimista (74 I) Ansiedad por el futuro (7 III), por su salvación (8 II)

Cavila (12 I) Lamentase (59 III)

Profetiza, desagradables acontecimientos (75 II)

Quejas (75 III) Suspica (84 I)

3) Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás

Ansiedad de conciencia (6 III) Remordimiento (77 III)

Repróchase a sí mismo (78 I), Reprocha a otros (78 I)

4) Estado emocional negativo persistente (ej: miedo, terror, enfado, culpa, vergüenza, etc)

Temor constante de todo(89II, algo va a ocurrir(88 II), peligro inminente(88 III), asesinado de ser (85 II), atropellado de ser (85 III), crueldades por relato(86 I), detrás de él hay

alguien (86 II), envenenado de ser (86 III), a la muerte(88 I), en una multitud(88 II)

Pena, silenciosa no demostrativa (72 II), con indignación(72 II), con sumisión (72 II)

Inconsolable (50 III). Llanto involuntario (63 II), después de mortificación (63 I), ofensa pasada por (63 III), pensando en acontecimientos pasados (63 III)

Tristeza, después de mortificación(94 I). Odio y venganza (72 II).Resignación (78 II)

5) Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas

Indiferencia(50 III) a deberes(51 II), a todo(51 III), a cosas agradables(51 I), trabajo, con aversión al (52 I), compañía cuando está en sociedad(51 II)

Indolencia (52 I). Distráido (25 II)

Perturbado (74 I), aversión a ser

Siéntase (81 II) sumido en profundos y tristes pensamientos y no percibe nada

Sentidos (81 I) embotados

Trabajo mental (90 I), aversión, imposible

Tareas (84 II), aversión a las domésticas, ningún sentido del deber

6) Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás

Ilusiones, extraños ve, extraños amigos parecen (42 II)

Separado, de su familia (81 I) amigos, esposa

7) Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (felicidad, emoción, sentimientos amorosos)

Indiferencia (50 I), agradables cosas, a personas amadas (51 I), deseo no tiene, ni acto de voluntad, a familia, a parientes, a sus hijos, gozo al, sin gozo, música, placer al, a todo, vida a

E) Alteración importante del alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes:

1) Comportamiento irritable o arrebatos de furia(con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

Cólera por bagatelas (14-I), Cólera por contradicción (14-I), Cólera fácilmente (14-II), Cólera violenta(14-III) Cólera por pasados acontecimientos (14 II)

Irritabilidad (57 II), por bagatelas, cuando le hablan, cuando le preguntan, por ruido

Rabia, furia (76 II), por alucinaciones, con deseo de golpear, trata de matar a la gente, violenta

Peledor (71 III) Arroja cosas(9 II) a personas

2) Comportamiento imprudente o autodestructivo

Audacia (10 I) Temerario (4 III) Impulsivo (49 I) Bulimia (Murphy 1283 II)
Anorexia nerviosa, comer rehúsa (Murphy 1269 I) Morfinomanía (6 III)
Dipsomanía (25 I) Jugar, pasión por el juego (59 II) Satiriasis (79 III) Ninfomanía
(69 III)

3) Hipervigilancia: Estado de alerta para que un evento no aparezca o se repita

Ansiedad por el futuro (7 III)

Temor, algo va a ocurrir (88 II)

4) Respuesta de sobresalto exagerada

Temor, con sobresalto (89 I)

Sobresalto, ante bagatelas (82 I) al dormirse, durmiendo, por dormir (82 II), por ruido (82 III) en
sueños, por un sueño (82 III), por susto (83 III), cuando lo tocan(83 III)

5) Problemas de concentración

Concentración difícil (15 III), estudiando, calculando

Confusión, concentrar la mente al intentar (17 II)

Embotamiento, comprende preguntas solo después de su repetición (26 III), por emociones (27 I),
leyendo (27 I), por esfuerzo mental (27 I), pensar mucho tiempo incapaz de (27 II)

6) Alteraciones en el sueño (dificultad para conciliar o continuar el sueño, sueño inquieto, etc.)

Insomnio (735 I), sueño interrumpido (740 II), Levantarse debe durante insomnio (740 III),

Sueño, inquietud por sueños (734 III)

Despertar frecuente, por susto, por sueños (731 II)

Sueño Turbado, por pesadillas (759 I), por sueños(759 II), por temor (759 II)

F) La duración de la alteración (B, C, D, E,) no debe ser menor de un mes

G) La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras
áreas importantes del funcionamiento

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para TEPT, y además en respuesta al
factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de alguna de las
características siguientes:

1) Despersonalización: Experiencia persistente y recurrente de un síntoma de desapego y como si
uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (por ej. como
si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa
despacio)

Confusión sobre su identidad (17 III)

Ilusiones, identidad personal, errores sobre su identidad personal (43 III), otra persona que ella es
(43 III)

Antagonismo, hacia sí mismo (9 I)

Contestar, desconectada en forma 818 II)

Tiempo pasa lentamente(89 III)

2) Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (Por ej. el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado)

Sueño, como en un (83 II) Irreal, todo parece (44 II)

Extrañas cosas, todo parece (32 I)

Nota: para utilizar este subtipo los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica

Especificar si: La totalidad de los criterios diagnóstico no se cumplen hasta por lo menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y expresión de algunos síntomas pueda ser inmediato)

Caso Clínico 1

Noviembre de 2014:

S.R. soltera, 33 años, con un hijo de 9 años, administrativa en un banco

Refiere estar muy ansiosa, que se está por separar y le cuesta conciliar el sueño. La convivencia no funcionó. En las últimas dos semanas aumentó 5 ó 6 kg. Prurito con erupción luego del rascado en la frente. Rinitis alérgica, peor por los cambios de clima. Dolor ardiente en epigastrio un par de horas después de comer que no mejora comiendo. Tendencia a la constipación. Desde pequeña cefalea con sensación de latido en la frente que mejora por la presión.

Es reservada, le cuesta expresar cuando algo le sucede o la preocupa, “si no me ven bien y me preguntan, y eso ocurre pocas veces porque nadie se da cuenta, sonrío y digo que nada”.

Al interrogar por sus antecedentes personales menciona cinco operaciones de muñeca y al tratar de explicar el motivo de las mismas comienza a relatar que estuvo en el incendio de la disco Cromagnon y que la sacaron inconsciente. Estaban con ella dos amigos que fallecieron. Comienza a llorar y me dice que le costó mucho entender que no era la culpable de nada, ni de haber sobrevivido ni de lo que le ocurrió con su papá. Cuenta llorando que era alcohólico y abusó de ella desde pequeña durante años. “Nunca lo voy a perdonar”(sic).

De niña era muy triste y no podía contar lo que me pasaba porque “yo tenía la culpa, fui muy metida para adentro y era difícil llegar (sic)

En la adolescencia tomaba mucho alcohol. Trabajó desde los 16 años y a los 19 alquiló un departamento y llevó a vivir con ella a su mamá que era muy dócil y sometida a su papá.

“Toda mi vida sufrí en silencio, siempre deprimida y a los 23 años intenté suicidarme con las pastillas que me daba el psiquiatra”. Siempre en tratamiento con psicólogos y psiquiatras, “no quiero empezar de nuevo con pastillas” (sic)

“A la semana de Cromagnon me entero que estoy embarazada, mi hijo le dió color a mi vida”.

Comenta que con el padre de su hijo tiene una relación aceptable.

La pareja actual es violenta y le hizo revivir todo lo que ocurrió con su padre. Nuevamente vuelve a sentir culpa y “los mismos sentimientos que cuando era chica”(sic).

La menstruación es dolorosa y siempre llora

No puede dormir destapada.

Se repertorizó: 1) Trastornos por mortificación; 2) Trastornos por ser abusado; 3) Pena silenciosa; 4) Malicioso; 5) Ansiedad de conciencia; 6) Llanto involuntario; 7) Llanto durante la menstruación; 8) Suicidio disposición; 9) Reservada; 10) Nariz, Coriza anual, fiebre de heno; 11) Nariz, Coriza, secreción con; 12) Nariz, Secreciones, acuosa

Medicación: Natrum Muriaticum 6 LM

Síntoma				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
Pos	Abr. Medic.	Cs	Pun	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O												
1	NAT-M	12	30	3	3	3	3	2	3	2	2	1	3	3	2												
2	IGN	11	25	3	3	3	1	2	3	2	2	2		3	1												
3	PULS	11	22	2		2	1	2	3	2	2	2	2	3	1												
4	SEP	11	17	1	3	1	1		3	1	2	1	1	2	1												
5	NUX-V	10	20	2	2	1	3	2			2	1	1	3	3												
6	LACH	10	17	2			2	2	1	1	2	1	1	3	2												
7	LYC	10	15	3	1	1	2			1	1	1	1	3	1												
8	CAUST	10	14	1	1		1	2	2	1	1	1		3	1												
Repertorio Homeopático Total ®																Build (ADH-2K)											

Enero 2015: Refiere que se fue “fortaleciendo” emocionalmente de a poco y que pudo separarse de la relación que tenía sin sentir culpa. Mejoró la menstruación, ya no tiene acidez y disminuyó la frecuencia de las cefaleas.

Hasta mayo del corriente año fue evolucionando favorablemente, ha formado otra pareja y “por fin una familia”(sic). Actualmente se encuentra con Natrum Muriaticum 18 LM.

Caso Clínico N° 2

Agosto 2013: J.C. 38 años . Casado. Dos hijos de 6 y 8 años.

Funcionario de ONU

Vive en Centroamérica desde el 2007. “Desde entonces aumentó mi estrés y se agravó mi piel”.

Tiene rosácea en la cara.

Como antecedente refiere que nació sietemesino, aspiró líquido amniótico y estuvo en incubadora.

Dermatitis del pañal y episodios de broncoespasmo de bebé. De niño anginas frecuentes.

“Temor a ahogarme, no cierro la bolsa de dormir. No puedo ver una película o leer un libro en el que alguien muere ahogado”. Tampoco puedo ver películas de terror.

Se describe como hiperracional, que todo lo piensa. “Proceso datos todo el tiempo”.

Episodios coléricos por contradicción. “Soy cabrón”, no tolero que me interrumpen y soy muy terco con mis ideas. Hay gente en la oficina que me tiene miedo”

Ansioso e impaciente refiere que hace esfuerzos para escuchar y después contestar.

Trabaja en el área de refugiados y hace un poco menos de dos años estuvo en África en la frontera de Ruanda con Burundi en una misión humanitaria. “Lo que vi no se compara a lo que pude haber visto en ningún otro lado. Desde entonces me despierto de noche con pesadillas y miedo y no me

puedo volver a dormir por horas. También comencé con algo algo que nunca había tenido y es el miedo en los lugares donde hay mucha gente”.

Repertorización: 1) Temor de asfixia; 2) Temor a las multitudes; 3) Insomnio por temor; 4) Pesadillas; 5) Horribles; 6) Impresionable; 7) Cólera por contradicción 8) Cólera cuando lo interrumpen; 9) Impaciente; 10) Piel, erupciones, acné rosácea

Medicación: Nux Vómica 6 LM

Síntoma				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pos	Abr. Medic.	Cs	Pun	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	
1	NUX-V	9	16	1	2	1	2	2		2	2	3	1	
2	ARS	8	11	2	1	1	1	1		1		2	2	
3	SULPH	7	13	1	1	1	3	2				3	2	
4	SIL	6	12			1	2	2		2		3	2	
4	SEP	6	12			1	1	2		3		3	2	
5	LYC	6	11		2	1	1	2		3		2		
6	AUR	6	10		2		1	2		3		1	1	
7	PHOS	6	8	2	1	1	1	2	1					
Repertorio Homeopático Total ®														Build (ADH-2K)

El paciente evolucionó favorablemente recuperando un sueño reparador y sin pesadillas. Fue disminuyendo progresivamente su impulsividad y su ira y también mejorando la rosácea.

Actualmente se encuentra con Nux Vómica 38 LM

Conclusiones:

El ser humano vive permanentemente tratando de mantener un equilibrio dinámico (alostasis) y preparándose de acuerdo a su miasma predominante de una manera predictiva (carga alostática), para las situaciones estresantes que pudieran sucederle.

Cuando estos eventos son de un origen específico y una magnitud tal que generarían una reacción en cualquier individuo luego de un período mínimo de un mes de haber acontecido, estamos ante un cuadro de TEPT. En esta comunicación se ha desarrollado la evolución histórica, el tipo de circunstancias que pueden actuar como desencadenantes, los factores predisponentes y gran parte de los síntomas con su correspondiente correlato repertorial.

Finalmente se presentan dos historias con diferentes desencadenantes y posibilidades de respuesta de los pacientes. En la primera de ellas podemos observar dos circunstancias sumamente traumáticas donde la paciente resulta expuesta a muy intensas y reiteradas noxas, y sobre una base de culpa y reserva reacciona con más introspección y malicia. Allí el medicamento que surge de la repertorización y el conocimiento de la materia médica es Natrum Muriaticum, quizás uno de los más frecuentes en este tipo de historias.

La segunda donde el TEPT es consecuencia de la observación directa del hecho traumático, y la respuesta emocional que le genera al paciente se traduce en temores y reacciones violentas que descarga en el medio que lo rodea.

Este trabajo se ha consolidado como una primera aproximación para el médico clínico del abordaje homeopático del Trastorno por Estrés Postraumático.

Bibliografía:

- 1- Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM - 5®). 5ta Edición. Editorial Médica Panamericana, 2014
- 2- Crocq MA Crocq L. From shell shock and war neuroses to posttraumatic stress disorder: A history of psychotraumatology dialogues in clinical neuroscience. 2000
- 3- Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. Revista chilena de neuropsiquiatría .2002
- 4- Eizayaga FX. El Moderno Repertorio de Kent. Ediciones Marecel. Buenos Aires. Argentina. 1979
- 5- Hahnemann, S. Organon del Arte de Curar. 6ta Edición. "En búsqueda del pensamiento original de Hahnemann" traducción actualizada por el Dr. Raúl Gustavo Pirra. Buenos Aires, 2015.
- 6- Lyness JM. Psychiatric disorder in medical practice. Goldman Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016: chap 397
- 7- Murphy, R. Homoeopathic Medical Repertory. 2nd Revised Edition. B.Jain Publishers (P) LTD. Reprint Edition 2004.
- 8- Sterling, P. Allostasis: A model of predictive regulation. Physiology & Behavior. (106) 2012 5- 15