

Trastornos mentales por exposición a estrés intenso, en el Hospital Central Militar

M.M.C. Marcos **Hernández Daza**,* M.M.C. José de Jesús **Almanza Muñoz****

Hospital Central Militar. México.

RESUMEN. Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y correlacional en 43 pacientes (42 hombres y una mujer), provenientes de la Fuerza de Tarea Arco Iris. Los resultados muestran un total de 17 casos de trastornos neuróticos (39.5%), 7 casos de TEPT (16.2%), trastornos psicóticos con 6 casos (13.9%), 5 casos de trastornos de personalidad (11.6%) y finalmente 4 casos de trastornos mentales orgánicos (9.3%), y 4 más de trastornos adaptativos (9.3%).

La prevalencia inicial (mayor intensidad del estresor), está encabezada por el trastorno por estrés postraumático, seguido de trastornos neuróticos, psicóticos, de personalidad, etc. El periodo posterior (menor intensidad del estresor), muestra un incremento significativo de la frecuencia de trastornos neuróticos, seguidos de psicosis y trastorno de personalidad. Se encontró una clara correlación entre la exposición a un estrés significativo y la presencia del trastorno por estrés postraumático. Mientras que la condición sociofamiliar parece no ser un factor de protección para el desarrollo de psicopatología. A partir de lo señalado se efectúa una discusión en relación a lo reportado en la literatura internacional y se definen líneas futuras de investigación.

Palabras clave: Trastornos mentales, estrés.

Las catástrofes pueden ser naturales como los terremotos, huracanes o maremotos; o bien pueden ser provocadas por la acción del ser humano como el ecodidio y las guerras. En todo caso implican la exposición del propio ser humano a eventos de carácter traumático, lo cual conlleva una reacción de estrés, definida según Selye como "la respuesta no específica del cuer-

SUMMARY. Forty-three patients from the Arco Iris Task Force were included in a prospective descriptive and correlational study. Results show 17 neurotic disorder cases (39.5%), 7 post-traumatic stress disorder cases (16.2%), 6 psychotic disorder cases (13.9%), 5 personality disorder cases (11.6%), 4 mental organic disorder cases (9.3%), and finally 4 adaptative disorder cases (9.3%).

The initial prevalence (stressor's greater intensity), is headed by the post-traumatic stress disorder followed by neurotic, psychotic and personality disorders. The latter period (stressor's lesser intensity), shows a significant raise on the neurotic disorder frequency, followed by psychosis and personality disorder. A clear correlation was found between the submission to a significant stress and the incidence of post-traumatic stress disorder. The socio-familiar condition does not seem to act as a protection factor against the development of psychopathology. After the above mentioned, a discussion is made relating these findings to what is reported internationally and future lines of investigation are defined.

Key words: Mental disorders, stress.

po ante cualquier demanda", en su formulación de síndrome general de adaptación (1980), con la etapa inicial de reacción de alarma, luego de resistencia y finalmente de agotamiento.¹

Los tipos de reacción psíquica que en general se presentan ante exposición a catástrofes son de diversa índole, e incluyen sintomatología de tipo neurótico en la cual el estado de alerta y la angustia son de tal intensidad que la defensa psicológica se torna ineficaz, o bien existen síntomas psicóticos, predominando un mecanismo de escisión que permite ignorar la alarma existente; la reacción es psicofisiológica cuando su expresión deriva en síntomas somáticos; y finalmente existe una reacción de normalidad en términos de acciones defensivas y adaptativas.

La exposición a hechos violentos ha generado en el ser humano la enfermedad como paradigma de respuesta,² la gama de dichas reacciones incluye principalmente, depresión, ansiedad generalizada, trastornos disociativos y trastorno por uso de sustancias,^{3,4} y trastorno por estrés postraumático (TEPT), cuya prevalencia va del 1 hasta 42-

* Jefe de la Sala de Psiquiatría de Hombres, Servicio de Psiquiatría. Hospital Central Militar. México.

** Adscrito a la Sala de Psiquiatría de Hombres, Coordinador de Psiquiatría y Psicología de Consulta y Enlace, Servicio de Psiquiatría. Hospital Central Militar. México.

Correspondencia:

M.M.C. Marcos Hernández Daza
Hospital Central Militar
Col. Lomas de Sotelo
1200 México, D.F.
Tel. 557-3100 ext. 1383

59%.^{5,6} La incidencia de psicopatología se acentúa y muestra una dimensión particular cuando la exposición es a guerra o hechos relacionados, así, la frecuencia del TEPT, por ejemplo, se incrementa del 1-14% en población general,⁷ hasta el 3-59% en militares de la línea del frente,⁸ y 78% en prisioneros de guerra, (Stuker y cols., 1993).⁹

En esa línea, se reporta en una muestra de 36 ex-prisioneros de guerra y 29 veteranos de combate sobrevivientes de la II Guerra Mundial, del Teatro de Operaciones del Pacífico, la existencia de trastorno por estrés postraumático en un 70%, seguido de trastorno de ansiedad generalizada (17%), distimia y depresión mayor (13%), trastorno obsesivo-compulsivo (2%) y trastorno de pánico (1%),⁹ siendo la sintomatología predominante: disturbios del sueño, pensamientos o ideas recurrentes, irritabilidad y enojo, sentimientos de extrañeza y despersonalización, dificultad de concentración, sueños de angustia y evitación de actividades o lugares relacionados con la experiencia traumática.

Dicha respuesta fenomenológica por exposición a la violencia condiciona en el hombre un interjuego de factores neurobiológico, psicológico y social, dando lugar a diversa psicopatología, influyendo para ello la naturaleza del estresor, las condiciones previas de salud del individuo, su historia familiar y su tipo de personalidad.^{10,11}

En nuestro medio el abordaje de dicha problemática comprende aproximaciones teóricas y de investigación, en el primer rubro, Hernández Daza,¹² propone un modelo biopsicosocial para el trastorno por estrés postraumático relacionado con el combate, al considerar la acción de los opioides endógenos sobre el sistema nervioso central, como reforzadores biológicos de la compulsión a la repetición, que existe en la reexperimentación de los síntomas postestrés.

Por otra parte, se ha determinado que la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población militar mexicana expuesta a estrés intenso, en un estudio efectuado por Almanza, Páez y Hernández Daza,¹³ se encontró una prevalencia de un 4.3%, así como significancia estadística respecto a la presencia de antecedente de enfermedad mental y tratamiento psiquiátrico previo. Del mismo modo resultó significativa la experiencia en actividades de tipo militar como un probable factor de protección en el afrontamiento de situaciones de estrés agudo.

Como ha sido señalado, la exposición a estrés intenso condiciona la existencia de psicopatología diversa, lo cual se acentúa en población militar en razón de la naturaleza de sus misiones, mismas que implican no pocas veces altos niveles de estrés que en un momento dado rebasan la capacidad adaptativa de sus miembros, por lo cual es imprescindible el estudio sistematizado de dichos fenómenos.

En tal sentido y como un proyecto que intenta abordar el estudio de la respuesta fenomenológica al estrés en personal militar expuesto a situaciones de riesgo intenso, el presente trabajo se formuló con los objetivos siguientes:

—¿Cuáles son las características psicopatológicas de los pacientes canalizados al Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar provenientes de la Fuerza de Tarea Arco Iris

durante el periodo de enero de 1994 a diciembre de 1995?

—¿Existe relación significativa entre las variables de edad, sexo, condición familiar, grado, intensidad y duración de la exposición a estrés, con la presencia de psicopatología?

—¿Qué líneas futuras de investigación pueden plantearse de acuerdo a los resultados obtenidos?

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal, de tipo descriptivo retrospectivo, recabando la información contenida en los expedientes clínicos y psicológicos de los pacientes atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar, durante el periodo de enero de 1994 a diciembre de 1995, con los siguientes criterios de inclusión: a) Provenir de la Fuerza de Tarea Arco Iris, b) Antecedente de exposición diversa a estrés intenso, estado de alerta, realizar patrullaje o vigilancia, c) Expediente con datos completos de dichos casos, de acuerdo al instrumento de captación de la información.

Los aspectos éticos del estudio contemplaron la autorización del Comité de Investigación y del Departamento de Enseñanza del Hospital Central Militar, así como el estricto apego a lo establecido en la carta de Helsinki y de Hawai para la investigación en humanos, además de la reglamentación de la Investigación Biomédica por el Código Sanitario Mexicano.¹⁴

Se obtuvieron los datos sociodemográficos básicos y diagnósticos de los expedientes clínicos y confirmada mediante una entrevista clínicas psiquiátricas. Se procedió luego a la captura electrónica así como al análisis estadístico de los datos. Para reportar los datos demográficos y clínicos se utilizaron medidas de frecuencia y dispersión, de acuerdo a la índole de cada variable, calculando los promedios y desviación estándar de las edades, utilizando para describirlas, polígonos de frecuencia y gráficas "ad hoc".

Los resultados se basan en una muestra de 43 casos de militares expuestos a diversos grados de estrés, referidos a nuestro servicio, entre enero de 1994 y diciembre de 1995, siendo 42 del sexo masculino (97.67%), y una mujer (2.33%). El rango de edad fue de 16 a 44 años, con un promedio de edad de 25.9 años, y desviación estándar de 5.7, con predominio en el grupo de edad de 15 a 25 años.

Resultados

La distribución general de la psicopatología está encabezada por los trastornos neuróticos con un total de 17 casos (39.5%), seguido de trastorno por estrés postraumático en 7 casos (16.2%), trastornos psicóticos con 6 casos (13.9%), 5 casos de trastornos de personalidad (11.6%) y finalmente 4 casos de trastornos mentales orgánicos (9.3%), y 4 más de trastornos adaptativos (9.3%) (Cuadro 1).

Se clasificaron los trastornos observados en las categorías nosológicas señaladas, a continuación se describen aquellos aspectos básicos y significativos observados:

Cuadro 1. Distribución de la psicopatología por exposición a estrés intenso

Trastorno psiquiátrico	No.	%
Neurosis	17	39.5
Trastorno por estrés postraumático	7	16.2
Psicosis	6	13.9
Trastornos de personalidad	5	11.6
Trastornos mentales orgánicos	4	9.3
Trastornos de adaptación	4	9.3
Total	43	100.0

Trastornos neuróticos:

Se reportaron 17 casos, todos del sexo masculino, edad promedio de 27.5 (rango de 18-42), no se encontró significancia respecto a la condición familiar de vivir solos o acompañados, así mismo las situaciones de estrés fueron predominantes de exposición crónica y sostenida asociadas a un tiempo prolongado.

Trastorno por estrés postraumático:

Ocurrió en 6 hombres, con un solo caso descrito en el sexo femenino. Edad promedio de 25.6 (rango de 19-42). En este subgrupo se encontró que en 6 casos (85.71%), existía la condición familiar de vivir acompañados, frente a un sujeto que viva solo (14.2%). Por otro lado todos los casos (100%), se presentaron en relación a la exposición a un enfrentamiento armado, durante el periodo de mayor intensidad de exposición, es decir entre el 1 al 15 de enero de 1994 y con la presentación de la sintomatología a lo largo de los siguientes 18 meses.

Trastornos psicóticos:

Se presentaron 6 casos, sexo masculino con promedio de edad de 24.1 años y un rango entre 18 y 35 años, es decir menor a los rangos previos. De dichos casos sólo uno (16%) ocurrió como resultado de exposición de enfrentamientos, correspondiendo uno más (16%) a patrullaje y dos (33%), al estresor que significó permanecer en estado de alerta, así como dos casos (33%) como consecuencia de ver personas muertas. También se observó que la exposición fue mayor de seis meses en cinco de los casos (83%).

Trastornos de personalidad:

Fueron referidos cinco casos (11.6%) con edad promedio de 25.4 años (rango de 22 a 33), observándose una distribución homogénea en cuanto a tiempo de exposición, intensidad y grado de estrés, así como en relación a la condición sociofamiliar. El tipo de trastorno específico correspondió a trastornos de personalidad de tipo paranoide, esquizotípica y obsesivo-compulsiva.

Trastornos de adaptación:

De cuatro casos, sexo masculino y rango de edad de 17 a 36 años, se observó homogeneidad en relación a la condición familiar, como estresor de exposición predominó en 3 casos (75%) el patrullaje, ubicándose temporalmente esta reacción en un 75% de los casos en el tiempo inicial de los primeros 6 meses de exposición.

Trastornos mentales orgánicos:

Se captaron cuatro casos del sexo masculino, con edad promedio de 24.7 años (rango de 18-37), siendo los estresores identificados estado de alerta en dos casos (50%), violencia física en uno (25%) y ver personas muertas en otro (25%). El vivir solo o acompañado no representó un factor determinante.

Considerando la distribución de psicopatología en dos periodos distintos en relación a la intensidad de la exposición, encontramos que del 1 al 15 de enero de 1994, se reportan 18 casos (41.8%) de un total de 43. En este subgrupo, el principal padecimiento es el trastorno por estrés postraumático con 7 casos (38.8%), de los 18 señalados. Seguido de 6 casos de neurosis (33.3%), 2 de trastorno de personalidad (11.1%), y un caso de psicosis, trastorno mental orgánico y trastorno adaptativo respectivamente (*Figura 1*).

La psicopatología específica durante este periodo de mayor intensidad en el estresor, fue en primer lugar, como ya se ha dicho el TEPT con 7 casos, seguido de dos casos de trastorno depresivo (11%), y de trastorno somatoforme (11%).

Se reportó también un caso de trastorno por angustia, un trastorno disociativo, un trastorno esquizotípico, un trastorno de personalidad paranoide, un caso de personalidad orgánica, uno de psicosis paranoide y un caso de trastorno desadaptativo, (5.5%), respectivamente.

Por otro lado la distribución de los trastornos en el periodo posterior al 15 de enero de 1994, se modificó substan-

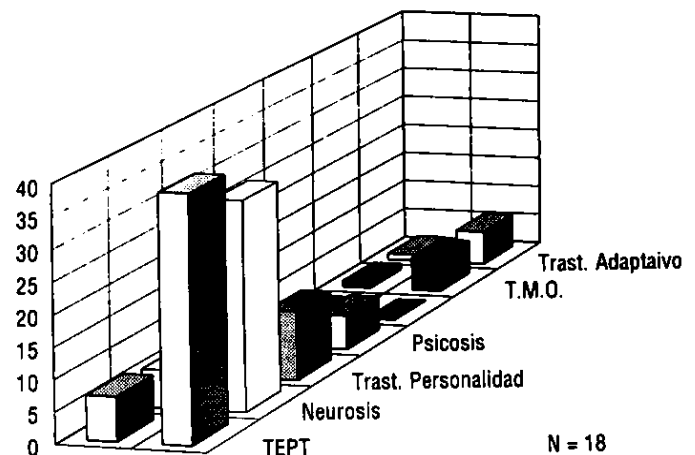


Figura 1. Psicopatología en función de la intensidad del evento traumático. Periodo del 1° al 15 de enero de 1994

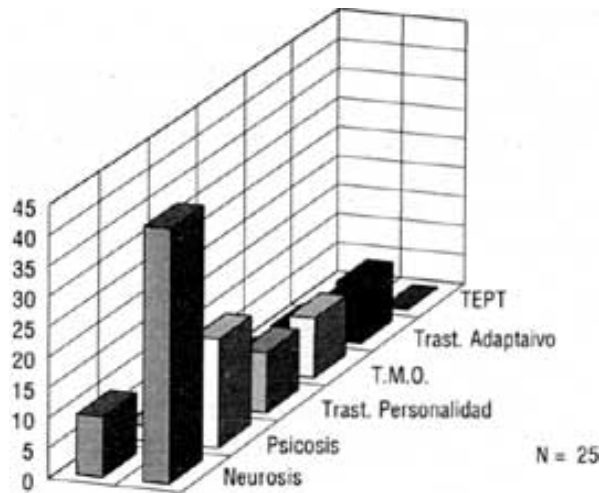


Figura 2. Psicopatología en función de la intensidad del evento traumático. Periodo posterior al 15 de enero de 1994.

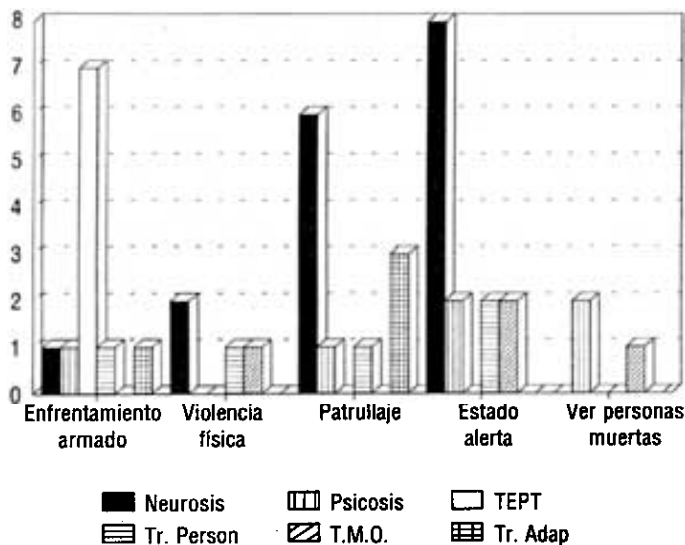


Figura 3. Psicopatología relacionada con el evento traumático.

cialmente, quedando en primer lugar los trastornos neuróticos con 11 casos (44%), psicosis en 5 casos (20%) y tres casos de trastornos de personalidad, orgánicos y adaptativos respectivamente, mientras que no se reportó ningún caso de estrés postraumático (*Figura 2*).

Al buscar una correlación entre el evento traumático y la psicopatología resultante, se encontró una clara relación entre la exposición a enfrentamiento armado y el TEPT, mientras que el estado de alerta constante y el patrullaje condicionaron la aparición de neurosis, y en menor medida la violencia física. Mientras que el ver personas muertas resultó significativo en los casos de psicosis (*Figura 3*).

La condición socio-familiar se definió en términos de la existencia de un sistema de apoyo de pareja o familia (vivir acompañado) o la inexistencia del mismo (vivir solo), no resultó significativamente correlacionada con menor existencia de psicopatología, pues en 24 de los casos (55.81%), se

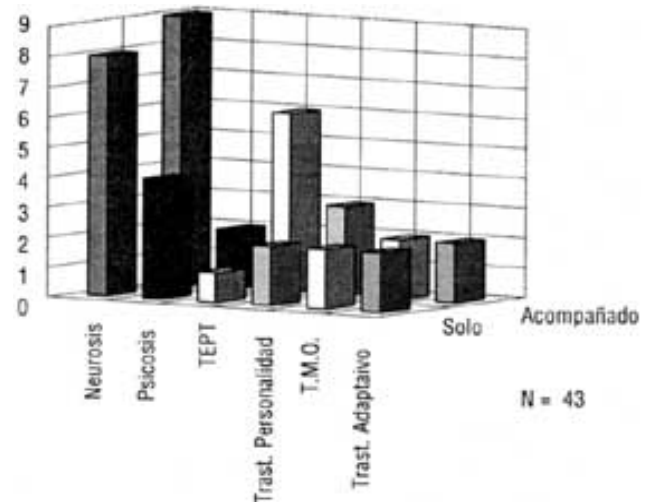


Figura 4. Influencia de la condición socio-familiar frente a la psicopatología por exposición a estrés intenso.

reportó la existencia de un referente de apoyo socio-familiar, mientras que en los restantes 19 casos (44.18%) no existía una red de apoyo (*Figura 4*).

Discusión

En el presente estudio encontramos la existencia de psicopatología relacionada con la experiencia de una situación traumática de grados variables de intensidad. La distribución fue mayoritaria en el sexo masculino, en razón de aspectos demográficos militares que condicionaron una menor exposición a la mujer.

Como ha sido señalado, la mayor intensidad del evento estresante condicionó una mayor prevalencia del trastorno por estrés postraumático, lo cual es congruente con lo señalado en la literatura internacional, pues de acuerdo a lo señalado por Shore, Madakasya y Lima,^{3,5,6} en cuanto a desastres naturales, y por Kinzie y APA,^{4,7} para hechos relacionados con el combate, es la intensidad del estresor lo que parece definir la respuesta de trastornos mentales caracterizados por la exposición fenomenológica de estrés.

Un hallazgo que apoya lo señalado en el párrafo anterior, se evidencia al señalar que en 6 de los casos de trastorno por estrés postraumático se refirió un sistema de apoyo familiar, mientras que sólo en uno la existencia del mismo, lo cual señala de algún modo la importancia del evento estresante en términos de cualidad e intensidad, como condicionante de psicopatología.

En otros reportes,^{3,9} se señala como probables trastornos secundarios a la exposición a traumas diversos, el trastorno por ansiedad generalizada³ y los padecimientos depresivos,⁹ a ese respecto coincidimos y dichos desórdenes se engloban en el término genérico de neurosis, que como ha sido descrito, se intensifica cuando disminuye la intensidad del estresor, pero se prolonga el tiempo de exposición.

Al respecto Branchey y cols.¹⁵ señalan que la prolongación en el tiempo de exposición a un estresor cuya intensidad no disminuye se relaciona directamente con una mayor frecuencia de patología postestrés.

En relación a este reporte, nuestros hallazgos parecen concordar con el mismo, en el sentido de que aún cuando el tiempo de exposición continuo para muchos de los sujetos estudiados, la intensidad de los eventos traumáticos disminuyó considerablemente, lo cual se relaciona al menos de un modo descriptivo y observacional con un repunte en la patología neurótica sobre la postraumática.

Nuestro estudio muestra que la condición de vivir acompañado parece no haber protegido al sujeto afectado en función de la frecuencia de patología resultante, respecto a ello conviene señalar que los reportes de la literatura internacional⁴ señalan como valiosa la constitución de una red de apoyo social que de contención al sujeto afectado, sin embargo subrayan su valor como respuesta a la existencia de la reacción psicopatológica y en ese sentido como un factor pronóstico pero no preventivo.

Por otra parte la separación geográfica que conllevan ciertas operaciones militares parecen incidir en forma distinta cuando presuponen la separación del grupo primario de apoyo que es la familia que cuando esto no es así, siendo mayor la carga afectiva en los primeros, al menos de acuerdo a lo observado en este grupo de estudio, lo cual implica consideraciones de orden psicodinámico, cultural, enraizadas en lo biológico y abordadas hasta el momento sólo desde el punto de vista teórico.^{2,12}

Un aspecto de gran relevancia en materia de investigación son aquellos factores atribuibles a la personalidad, en ese rubro Helzer¹⁰ y Sierles¹⁶ señalan que la personalidad antisocial predispone al TEPT en un 3.8 a un 12%, mientras que Guderson reporta que la fenomenología de la personalidad limítrofe tiene puntos comunes con el TEPT por lo cual plantea una interfase entre ambos padecimientos.¹⁷

A este respecto cabe señalar que en nuestro trabajo las personalidades encontradas fueron de tipo paranoide, esquizotípico y obsesivo compulsivo, ello debe considerarse a la luz de que fueron señaladas como trastornos de personalidad específicos y no estudiadas como factores predisponentes o asociados a el TEPT u otro padecimiento resultante del estrés, por lo cual resulta del todo comparable a lo referido por los citados autores.

Conclusiones

Las características psicopatológicas encontradas en los pacientes referidos a nuestro servicio en el periodo señalado muestran explícitamente que la exposición a estrés intenso sí condiciona la existencia de psicopatología diversa, con predominio claro en el sexo masculino, con un promedio de edad observado de 25.9 años en el grupo afectado. Los diagnósticos predominantes muestran un patrón que difiere en relación al periodo de exposición a estrés.

Así, los resultados muestran que la experimentación de un evento extremadamente traumático que representa un

peligro real para la vida o seguridad física de sí mismo u otros, condiciona la aparición del trastorno por estrés post-traumático en el grupo estudiado, mostrando así una distribución de la psicopatología, que, durante el periodo de mayor intensidad del estresor es similar al patrón reportado en la literatura internacional,^{1,2,4} y se caracteriza por un predominio claro del TEPT sobre los padecimientos de tipo neurótico, trastornos de personalidad y trastornos mentales orgánicos.

Por otra parte, los trastornos psiquiátricos relacionados con exposición crónica, prolongada y de baja intensidad al evento estresante, condiciona una mayor prevalencia de trastornos neuróticos, disminuyendo en forma significativa la existencia de patología directamente relacionada con la vivencia de un estresor.

La edad no resultó estadísticamente significativa para la presentación de psicopatología, observándose sólo en términos generales la prevalencia de trastornos psicóticos y trastornos de personalidad en un grupo de edad más joven, en relación al resto de padecimientos.

Del mismo modo, lo observado en la población estudiada señala que la condición socio-familiar en términos de vivir en condiciones de pareja o grupo familiar no es un factor protector para la presencia de psicopatología.

Líneas futuras de investigación

La respuesta humana a las situaciones de emergencia y riesgo son en última instancia un fenómeno complejo cuyo abordaje requiere sistematización y exige consideraciones desde distintos órdenes del conocimiento, por ello las líneas de investigación que plantea el presente trabajo son diversas y adquieren una importancia matizada por las actividades propias de la milicia en razón del estrés que implican.

De tal forma que futuros aspectos a estudiar comprenden en forma genérica; el seguimiento a largo plazo para observar la consistencia de los resultados; planificar protocolos donde se aborde la personalidad como un factor predisponente; la influencia de la familia como factor protector y como sistema de contención del individuo; los aspectos psicodinámicos como factores de riesgo y finalmente la concretización de los resultados en medidas de orden preventivo y asistencial son metas que en su momento y desde una justa consideración metodológica redundarán en beneficio de nuestros pacientes y de nuestro Instituto Armado.

Referencias

1. Pasnau OR y Fawzy FI. Stress in psychiatry. En: Kaplan HI y Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry V, Vol. I, Fifth Edition, Williams and Wilkins, Baltimore Maryland, 1989;1231-1239.
2. Almanza MJJ. La enfermedad mental, paradigma humano ante la violencia. *Imagen Psicoanalítica*, 1995;4(6):61-64.
3. Shore JH, Tatum EL and Wollmer WM. Psychiatric reactions to disaster: The Mount St Helens Experience. *Am J Psychiatry* May 1986;143(5):590-595.

4. Kinzie JD. Posttraumatic stress disorder. In: Kaplan HI and Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry V*, Vol. I, Fifth Edition, Williams and Wilkins, Baltimore Maryland, 1989;1000-1008.
5. Lima BR, Pai S, Santacruz H, and Lozano J. Psychiatric disorders among poor victims following a major disaster: Armero, Colombia. *J Nerv Ment Dis* 1991;179(7):420-427.
6. Madakasya S, and O'Brien KF. Acute posttraumatic disorder in victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:286-290.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition, Washington D.C. 1994.
8. Solomon Z, Weisenberg M, Schwarzwald J and Mikulincere M. Post-traumatic stress disorder among frontline soldiers with combat stress reaction: The 1982 Israel experience. *Am J Psychiatry* 1987;144(4):448-454.
9. Sutker PB, Allain AN and Winstead DK. Psychopathology and psychiatric diagnosis of World War II Pacific Theater Prisoner of War Survivors and Combat Veterans. *Am J Psychiatry* 1993;150(2):240-245.
10. Helzer JE, Robinson LN and Mc Evoy L. Posttraumatic stress disorder in the general population, findings at the epidemiologic catchment area survey. *The New England Journal of Medicine* 1987;317(26):1630-1634.
11. Green BL, Grace MC, Jacob MS et al. Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam veterans. *Am J Psychiatry* 1990;147(6):729-733.
12. Hernández DM. Modelo biopsicosocial del trastorno postestrés postraumático de combate. *Psiquis (México)*, 1995;4(2):34-38.
13. Almanza MJJ, Paez AF y Hernández DM. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en el Ejército Mexicano. Artículo enviado para publicación, *Rev Sanid Milit Méx* 1996.
14. Cañedo DL. *Investigación clínica*, 1a edición, Editorial Interamericana, México, 1987.
15. Buydens-Branchey L, Noumair D, and Branchey M. Duration and intensity of combat exposition and posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *J Nerv Ment Dis* 1990;178(9):582-587.
16. Sierles FS, Chen JJ, Mcfarland RE, and Taylor MA. Posttraumatic stress disorder and concurrent psychiatric illness: A preliminary report. *Am J Psychiatry* 1983;140(9):1177-1179.
17. Guderson JG and Sabo AN. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry* 1993;150(1):19-27.