

T.5. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

1. INTRODUCCIÓN

¿Quiénes?:

Entre otras, las personas que son víctimas de suceso aversivos inusuales de forma brusca (p.ej.: guerra, accidentes, violaciones).

¿Todos?:

- en cualquier delito: el 25%.
- en agresiones sexuales: entre 50 - 60%

¿Cuándo?:

Surge con la guerra de Vietnam y aparece por 1^a vez en el DSM-III (antes: diagnósticos referidos a estresores específicos) incluido dentro de los trastornos de ansiedad.

Engloba un conjunto de síntomas de ansiedad que se da en la mayoría de las personas que han vivido un acontecimiento traumático que, por lo general, se encuentra fuera del marco habitual de la experiencia humana (si bien este punto ya no está en el DSM-IV)

2. CONCEPTO.

2.1. CRITERIOS DEFINITORIOS Y GRUPOS DE POBLACIÓN AFECTADOS

- DSM IV- TR: el TEPT aparece cuando la persona ha sufrido, o ha sido testigo de, una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión.

¡¡A partir del DSM-IV: el suceso no tiene por qué ser inusual. Lo importante es la reacción de la persona y no el tipo de acontecimiento (vs DSM-III-R)

- Algunas características:
 - Es más grave y duradero cuando el suceso es + intenso y es provocado por el hombre (vs naturaleza)
 - La reacción psicológica dependerá de: la intensidad del trauma, las circunstancias del suceso, de la edad, del historial de agresiones previas, de la estabilidad emocional anterior, de los recursos psicológicos propios, de la autoestima, del apoyo social y de las relaciones afectivas actuales. Todos interactúan.

- Dentro de la variabilidad sintomática, tres aspectos se repiten:
 - o Reexperimentación: flashback, pesadilla, malestar/reactividad ante E int/exter.
 - o Evitación: lugares, pensamientos, conversaciones, amnesia selectiva...
 - o Hiperactivación (R de alarma exagerada) → irritabilidad, no dormir, no concentración, hipervigilancia...

- Embotamiento afectivo (*anestesia psíquica*)
Pérdida de interés por lo anteriormente placentero
Interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral
Poca esperanza en el futuro

- Además:
 - depresión, ↓ autoestima, desconfianza en las propias posibilidades para encauzar la vida futura, culpabilidad, pensamientos obsesivos.

 - respecto a los demás: conductas evitativas, anestesia emocional (dar y recibir) y las alteraciones sexuales (pérdida de deseo y otras disfunciones)

 - conduce a las víctimas a situaciones de aislamiento

- ¿Incidencia?: puede afectar al 1 o 2% de la población general (≈ a la esquizofrenia)

- ¿Curso?: con frecuencia crónico o de larga duración. No suele remitir espontáneamente con el transcurrir del tiempo (ej. solo un 20% en agresión sexual está asintomática un año después)

- ij Parece ser que nuestros recursos psicológicos para hacer frente a este cuadro son muy limitados!!

- Investigación:
 - Estudiado especialmente en excombatientes del V. y en mujeres sexualmente agredidas. Resultados:
 - + % en las mujeres (¡el ambiente seguro!)
 - ≠ sintomatología según agente inductor:
 - en las agres. sexuales: sobre todo aumento de activación (ej. hipervigilancia), y – pesadillas.
 - en excombatientes: apatía y pesadillas; + [amnesias selectivas, fenómenos disociativos y otras complicaciones (drogas, depresión...)] que en mujeres sexualmente agredidas.

 - Estudio realizado con mujeres maltratadas (DSM-IV): 45 - 50% presentaron TEPT (≈ abuso sexual)
Predictores: la larga duración, las lesiones y amenazas de vida a ella o a los hijos, las graves consecuencias del trauma, el bajo apoyo social y los problemas económicos.

 - En niños, tres factores diferenciados:
 - o Una combinación de evitación y de pensamientos intrusivos.

- Miedo y ansiedad generalizada.
- Dificultades de concentración y alteraciones en el sueño con pesadillas frecuentes.

2.2. UBICACIÓN NOSOLÓGICA DEL TRASTORNO

Figura como T. de Ansiedad, pero podría estar dentro de los T. disociativos o como una variante de la depresión.

a) El TEPT como un trastorno de ansiedad

(NOTA: Recordad que la tasa de comorbilidad en los T. de ansiedad puede ser hasta el 68%)

En común con el resto de los T. de ansiedad: el miedo y la evitación; y las técnicas de intervención:

Técnicas de exposición y técnicas reductoras de ansiedad (inoculación de estrés, entrenamiento en control de la ansiedad, reestructuración cognitiva).

Así: Hay muchos puntos en común con el T. de pánico, las fobias, en TAG y el TOC. P.ej.:

- Los pensamientos intrusivos y las pesadillas pueden ser consideradas como ataques de pánico condicionados.
- La evitación recuerda a los T. fóbicos (fobias específicas, fobias sociales y agorafobia)
- Hay un cierto solapamiento entre el TEPT y el TAG:
 - algunas dimensiones de personalidad (neuroticismo e introversión)
 - la existencia de un nivel alto de ansiedad global
 - la presencia de una hiperactivación psicofisiológica
- En común con el TOC:
 - Tasa relativamente alta de comorbilidad entre ambas patologías.
 - Los pensamientos e imágenes intrusivos.
 - Los antidepresivos reducen (aunque moderadamente) los síntomas de ambos.

Objeciones a esta ubicación:

- Las respuestas de ira y tristeza pueden ser tan frecuentes como la del miedo.
- La activación psicofisiológica puede no ser necesariamente un reflejo de la ansiedad existente.

b) El TEPT y los trastornos disociativos

En el TEPT crónico suelen haber fenómenos disociativos, especialmente amnesia psicógena. Y la disociación no aparece en otros trastornos de ansiedad.

La disociación impide la expresión emocional del suceso traumático, lo que tiene un efecto protector (al menos parcialmente) sobre la aparición de otros síntomas psicopatológicos (p.ej. las rumiaciones).

La alexitimia → problemas para la salud a largo plazo.

La presencia intensa de disociación es un predictor negativo de respuesta al tratamiento.

Buena parte del tratamiento: exposición y abreacción emocional

Sin embargo, no es razonable incluirlo entre los T. disociativos porque:

- La disociación no afecta a todos
- Incluso cuando está, a veces tiende a disminuir con el tiempo.
- Lo nuclear del trastorno viene marcado por la ansiedad y no por la disociación.

3. TIPOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

DSM-IV: Para un diagnóstico de TEPT... síntomas durante un periodo superior a 1 mes.

Si no: Trastorno de estrés agudo

Además, el TEPT puede ser:

- Agudo: - de 3 meses.
- Crónico: + de 3 meses
- De comienzo diferido: a partir de 6 meses después del suceso; 30-50% de los casos.
Situaciones nuevas, estresores de la vida, vicisitudes del envejecimiento pueden actuar como sucesos desencadenantes que reactiven un TEPT latente (síntomas atenuados, especialmente evitación)

La oportuna distinción entre agudo y crónico no se encontraba en el DSM-III-R



Diferencia fases

¿Tratamientos diferentes?

4. COMORBILIDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

CO-: muy alta

Ej. Excombatientes: depresión, dependencia a drogas, conductas antisociales y T. de control de impulsos.

Puede ser por la imprecisión de los límites con otros trastornos y por la propia definición del TEPT.

Alta CO- con: depresión, TAG, fobia social y TOC. Así:

- La asociación frecuente entre depresión y el TEPT:
La pérdida de interés o de participación en actividades significativas, la sensación de acortamiento del futuro, la evitación de personas o las alteraciones del sueño.
- Solapamiento de sintomatología con:
 - TAG: hiperactivación psicofisiológica
 - Fobia social: evitación de personas
 - Con el TOC: recuerdos desagradables, recurrentes...

Quizá las altas tasas de comorbilidad serían menores si se acotase conceptualmente en TEPT y se limitase a los síntomas más específicos de este trastorno: las pesadillas, la reexperimentación de imágenes, la respuesta de alarma y la hipervigilancia. (Camino no seguido por el DSM-IV-TR que sigue incluyendo síntomas no específicos)

5. ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POTRAUMÁTICO

5.1. MODELOS DE CONDICIONAMIENTO

El terror, la indefensión y la ansiedad extrema experimentados permiten predecir la aparición de futuros problemas relacionados con el trauma.

El acontecimiento amenazante funciona como una situación de condicionamiento clásico, donde:

Las vivencias experimentadas (dolor, falta de control, pérdida de libertad, amenaza de ser herida o asesinada...) son el EI.

EI → RI de ansiedad y de terror.
EC (oscuridad, ruidos, desconocidos, sexo, imágenes violentas, E cognitivos) → RC de ansiedad.

¡¡Cuanto mayor es el nº de EC presentes en el trauma, mayor es la magnitud el miedo.

El proceso de generalización de estímulos y de condicionamiento de orden superior explica la generalización de las respuestas de ansiedad a estímulos nuevos (ej. estar sola, salir por la noche) y la ampliación, por tanto, del número de estímulos generadores de miedo.

La respuesta de alarma es un componente de la RI que puede emerger en forma de RC en presencia de EC.

Las predicciones derivadas de este modelo para las víctimas de agresiones sexuales:

1. Las víctimas están más temerosas y ansiosas que las no víctimas. La exposición repetida a la agresión sexual, aumenta el miedo.
2. Las situaciones ansiógenas se relacionan con EC a la violación. La mera expresión de afecto y cariño → alto grado de ansiedad.
3. La ansiedad anticipatoria propicia la presencia de conductas de evitación ante situaciones lúdicas y de relación interpersonal (→ - ansiedad, pero + depresión).
4. Las interacciones con el sistema judicial van a generar un grado muy alto de ansiedad.

5.2. T^a DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA Y DE LA EVALUACIÓN COGNITIVA

Los modelos de condicionamiento explican la ansiedad y los miedos, pero no explican los otros síntomas del TEPT.

Por un lado, la teoría de la indefensión aprendida explica por qué algunas víctimas se muestran deprimidas, paralizadas, pasivas y culpables tras un suceso traumático.

Las situaciones aversivas percibidas como incontrolables (la conducta no tiene poder de cambio) → síntomas depresivos.

Paralelismo entre el modelo de indefensión aprendida y la experiencia de victimización.

Ambos:

- Precipitados por acontecimientos aversivos e incontrolables.

- Creencias generalizadas acerca de la incontrolabilidad del futuro y de la generalización de los déficit conductuales a otras situaciones diferentes de la original
- Creencia generalizada acerca de la ineffectividad de las respuestas futuras

La intensidad de la indefensión experimentada está modulada por las atribuciones efectuadas:

Con atribuciones internas, estables y globales se sienten peor (vs externas, inestables y específicas).

Por otro lado, mediante el proceso de evaluación cognitiva el sujeto interpreta y otorga un significado a los sucesos.

Los esquemas cognitivos pueden llevar a una víctima a percibirse a sí misma, al entorno y al futuro como negativos y a desarrollar pensamientos irracionales relacionados con lo ocurrido. O lo contrario (cambios positivos, resiliencia).

Otro dato:

La depresión resultante puede ser fruto de la escasa implicación en actividades reforzantes y del descenso de la autoestima (por evaluación cognitiva distorsionada y atribuciones de culpabilidad).

5.3. T^a DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Las t^{as} anteriores no pueden explicar la reexperimentación persistente.

(Nota: la reexperim. y la amplia generalización de los miedos son los rasgos diferenciales del TEPT)

La teoría del procesamiento de la información (Foa y Kozak) trata de explicar las estructuras cognitivas del miedo y también la reexperimentación.

El TEPT surge a partir de sucesos aversivos que no han sido procesados emocionalmente de forma adecuada y que interfieren en la integración cognitiva y emocional de otras experiencias y conductas.

Cuando un E adquiere un significado de amenaza, la estructura mnésica se transforma en una estructura de miedo.

Las estructuras cognitivas del miedo patológico son ≠ de las del miedo real.



Contienen elementos erróneos.

Reflejan la existencia de una amenaza percibida, que no tiene que coincidir necesariamente con la existencia de una amenaza real, y funcionan como un programa de escape y de evitación conductual.

Las víctimas de agresiones sexuales tienen más probabilidad de desarrollar TEPT cuando los estímulos y las respuestas *seguros* antes de la agresión dejan de serlo.

La modificación de las reglas de seguridad (ej. abuso sexual en casa, por conocido) permite la integración de una gran variedad de estímulos en la estructura de miedo.

Esto, junto con la perversidad del estímulo, la intensidad de las respuestas fisiológicas y conductuales y el bajo umbral de activación, contribuyen a perturbar seriamente el funcionamiento cotidiano de la víctima.

Cuando determinados estímulos activan una estructura de miedo ya generalizado → fuerte explosión de activación y reexperimentación (→ evitación y escape)

La evitación sistemática impide la habituación a los estímulos y está asociada a la cronificación de los síntomas.

El miedo intenso y el malestar refuerzan el TEPT al impedir a la víctima el enfrentamiento prolongado con situaciones que evocan el trauma. La evitación y el escape de los estímulos sensibiliza a los sujetos.

¡¡Las exposiciones cortas impiden la modificación de la estructura de miedo, que permanece inaccesible y, por tanto, no puede desactivarse.

La terapia de exposición trata de desactivar este proceso anómalo.

- La exposición trae consigo información desactivadora de la estructura del miedo.
- La persona se dota de una información incompatible con los errores cognitivos procesados y que le posibilita realizar un nuevo procesamiento emocional adecuado.

6. FACTORES PREDICTIVOS DEL TEPT EN VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES

Factores de riesgo a la *vulnerabilidad ps a las agresiones sexuales*: déficits de asertividad, el haber sufrido otros abusos sexuales.

Las diferencias individuales de reacción ante una agresión sexual dependen de las siguientes variables:

1. Cada víctima cuenta con unas habilidades específicas para hacer frente al estrés que dependen de la h^a previa, del apoyo social y del n. de estabilidad emocional en el momento de la agresión.
2. Las repercusiones psicológicas inmediatas son una función combinada de la intensidad de la agresión sexual como estresor y de las habilidades de la víctima para hacer frente a la situación.
3. Las interacciones sociales de la víctima después de la agresión pueden tener efectos positivos, negativos o mixtos en la readaptación emocional posterior. Estos contactos pueden ser fuentes adicionales de estrés, aumentar las habilidades de afrontamiento o ser una mezcla de ambas cosas.

Además:

- Las mujeres casadas y las mayores tienen peor pronóstico de recuperación (vs las solteras, las más jóvenes y las niñas).

- Los T. psicopatológicos previos y los problemas graves de salud dificultan la recuperación, y pueden ser mejores predictores de depresión que la propia intensidad del trauma.
- Las características específicas de la agresión sexual (grado de violencia, lesiones físicas y presencia de armas) no influyen en las reacciones de las víctimas a corto plazo. Pero en las agresiones especialmente crueles: mayores problemas de ajuste a largo plazo.
- La consumación del coito + (las lesiones físicas y la percepción de muerte) = potente predictor de TEPT
- La experimentación de sucesos estresantes en los últimos meses puede agravar las reacciones psicológicas experimentadas.

Así, la **muerte de un ser querido** y/o la **ausencia de relaciones afectivas** (sobre todo si se acompaña de **soledad**) en el último año aumentan la intensidad del estrés postraumático tras la violación. (Estas dos condiciones pueden reducir la capacidad de la víctima para enfrentarse con la situación).

- Los efectos inmediatos y a largo plazo son menores cuando la víctima cuenta con un buen apoyo social.
 - ii La percepción de apoyo social es un recurso clave en la reducción del impacto ps.
- Se puede predecir la gravedad del problema a LP a partir de la intensidad inicial del trastorno a los pocos días de la agresión.
 - Cuanto + intensa sea en las 1as horas y día, + probabilidades de cronificación.

Resumiendo (y añadiendo):

- Son factores significativos para predecir el desarrollo de TEPT:
 - o la presencia de R. intensa de estrés inmediatamente después de la agresión
 - o una historia psiquiátrica anterior
 - o la ocurrencia de sucesos de vida estresantes
 - o la falta de apoyo social
- El predictor más firme de reacción aguda de estrés: la **penetración**.

7. ANEXO: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TEPT (DSM-IV-TR)

A. La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que concurren las siguientes circunstancias:

1. La persona ha experimentado, ha sido testigo o se ha enfrentado a un(os) suceso(s) que implica(n) la muerte, la amenaza de muerte, una herida grave o un riesgo a la integridad física de uno mismo o de otras personas.
2. La reacción de la persona lleva consigo respuestas intensas de miedo, de indefensión o de horror.

B. El acontecimiento traumático se **reexperimenta** persistentemente por lo menos en **una** de las formas siguientes:

1. Recuerdos desagradables, recurrentes e intrusivos del suceso, que provocan malestar e incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
2. Sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso.
3. Conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo.
4. Malestar psicológico intenso cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.
5. Reactividad fisiológica cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático

C. **Evitación** persistente de los estímulos asociados con el trauma y falta de capacidad general de respuesta (no existente antes del

