

TEMA 5.- TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEP).

1.- INTRODUCCIÓN

☞ Las personas que son víctimas de sucesos inusuales de forma brusca, pueden sufrir el trastorno de estrés posttraumático (TEP).

☞ La victimización puede causar unas repercusiones psicológicas muy negativas:

- El desarrollo de TEP los experimenta el 25% de todas las víctimas.
- Hasta el 50-60% de las mujeres víctimas de agresiones sexuales.

☞ El TEP aparece descrito por vez primera en el DSM-III, como una categoría global, con inclusión de estresores genéricos.

Existían entidades diagnósticas anteriores referidas a estresores específicos:

- Síndrome del trauma de la violación.
- Neurosis de guerra.
- Síndrome de supervivencia.
- Síndrome de los campos de concentración.

☞ El DSM-III lo define como: "Conjunto de síntomas de ansiedad que se manifiestan de forma similar en la mayoría de las personas, al enfrentarse a un acontecimiento psicológicamente traumático que, por lo general, se encuentra fuera del marco general de la experiencia humana".

2.- CONCEPTO

2.1.- CRITERIOS DEFINITORIOS Y GRUPOS DE POBLACIÓN AFECTADOS

☞ El DSM-IV, a diferencia del DSM-III-R, considera que el suceso no tiene necesariamente que encontrarse fuera del marco habitual de la experiencia humana.

Cambio fundamental: Pone el énfasis en la reacción de la persona y no tanto en el tipo de acontecimiento traumático.

Criterios diagnósticos de TEP en el DSM-IV-TR.

- A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
- B.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
 2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
 3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
 4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
 5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- C.** Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
 2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
 3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
 4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
 5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás
 6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
 7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
- D.** Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. dificultades para conciliar o mantener el sueño
 2. irritabilidad o ataques de ira
 3. dificultades para concentrarse
 4. hipervigilancia
 5. respuestas exageradas de sobresalto
- E.** Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F.** Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- ☞ El TEP puede afectar al 1-2% de la población adulta (similar a la esquizofrenia).
- ☞ Se ha estudiado principalmente en excombatientes y en víctimas de agresiones sexuales (probabilidad de experimentar TEP mayor porque el suceso se produce en un ambiente seguro).

☞ El TEP presenta características diferenciales según el agente inductor:

▪ Agresiones sexuales:

- Aumento significativo de la activación: funciona como una respuesta adaptativa ante el temor de experimentar una nueva agresión.
- Pesadillas ocupan un lugar secundario.

▪ Excombatientes:

- Apatía y gran número de pesadillas.
- Amnesias selectivas.
- Fenómenos disociativos: atribución de los síntomas a circunstancias ajenas al trauma.
- Complicaciones asociadas: Depresión, alcoholismo, drogadicción.

☞ Más allá de las reacciones inmediatas, que remiten en pocas semanas, las víctimas pueden experimentar:

- Depresión y pérdida de autoestima.
- Sentimientos de culpa: puede dañar seriamente la autoestima y dificultar la readaptación posterior.
- Conductas evitativas en las reacciones interpersonales: déficit de captación y expresión de sentimientos.
- Alteraciones sexuales: pérdida de deseo.
- Reducción de la actividad social y lúdica.

☞ El curso del trastorno es crónico y de larga duración. No remite espontáneamente (los recursos psicológicos para hacer frente a éste trastorno son muy limitados).

☞ No todas las víctimas experimentan el TEP ni lo experimentan con la misma intensidad. La reacción psicológica ante la situación vivida depende de:

- Intensidad del trauma.

- Circunstancias del suceso.
- Edad.
- Historial de agresiones previas.
- Recursos psicológicos previos.
- Autoestima,
- Apoyo social.
- Relaciones afectivas actuales.

☞ La ampliación de la definición del DSM-IV permite incluir como víctimas a las mujeres maltratadas (45-50%).

☞ El trastorno de estrés postraumático no ha sido objeto de estudios sistemático en la infancia. No obstante, se han descrito tres factores diferenciados en los niños aquejados de este cuadro clínico en edad escolar: una combinación de evitación y de pensamientos intrusivos; miedo y ansiedad generalizada; y, por último, dificultades de concentración y alteraciones en el sueño, con pesadillas frecuentes.

2.2.- UBICACIÓN NOSOLÓGICA DEL TRASTORNO

☞ El trastorno de estrés postraumático figura incluido entre los trastornos de ansiedad, pero podría ser englobado también entre los trastornos disociativos e incluso considerado como una variante de la depresión.

2.2.1.- TEP como un trastorno de ansiedad.

☞ El miedo y la evitación, característicos del TEP, están presentes en todos los trastornos de ansiedad.

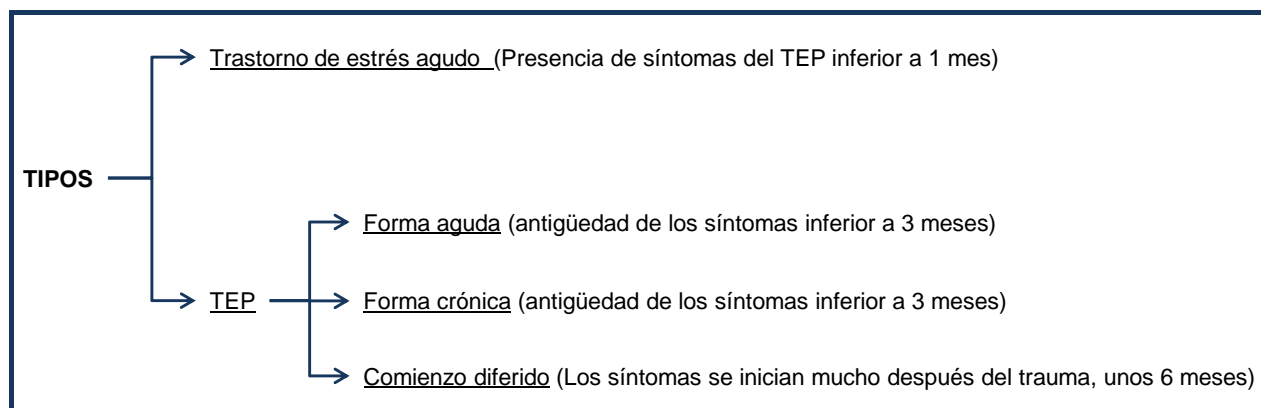
- Los pensamientos intrusivos y las pesadillas, pueden ser considerados como ataques de pánico condicionados.
- La evitación de personas, lugares o situaciones, similares a los existentes en las fobias: específicas, sociales y agorafobia.
- Participa de muchas características del TAG: neuroticismo e introversión, nivel de ansiedad global, hiperactivación fisiológica.

- Relación con el TOC:
 - Comorbilidad entre el TEP y el TOC.
 - Los pensamientos e imágenes intrusivos son característicos de ambos trastornos.
 - Los fármacos antidepresivos reducen los síntomas de ambos trastornos.
- ☞ Los tratamientos psicológicos utilizados en el TEP, son las técnicas de exposición y las técnicas reductoras de ansiedad, elegidas para hacer frente a los trastornos de ansiedad.

2.2.2.- TEP y trastornos disociativos.

- ☞ Los pacientes con TEP crónico (excombatientes), presentan fenómenos disociativos, especialmente la amnesia psicógena referida al acontecimiento traumático.
 - La alexitimia, y en general la represión de las emociones, puede correlacionar con problemas de salud a largo plazo.
 - La presencia intensa de fenómenos disociativos, constituye un predictor negativo de la respuesta al tratamiento ⇒ Las estrategias terapéuticas están encaminadas a hacer frente a la disociación, mediante las técnicas de exposición o de abreacción emocional.
- ☞ El TEP no se incluye entre los trastornos disociativos:
 - Porque no afecta a todos los pacientes.
 - Porque tiende a disminuir con el tiempo.
 - Porque el carácter nuclear del trastorno viene marcado por la ansiedad.

3.- TIPOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.



- Los síntomas, especialmente la evitación, parecen estar presentes desde el principio, aunque de forma atenuada. Algunas situaciones nuevas, pueden actuar como sucesos desencadenantes que reactivan el TEP.

4.- COMORBILIDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

- La comorbilidad es muy alta. Puede ser fruto de la imprecisión de los límites con otras entidades nosológicas, así como de la definición misma del trastorno.
- El trastorno de estrés posttraumático puede tener unos límites poco precisos y estar relacionado con categorías psicopatológicas muy diversas.
- Entre excombatientes, la depresión, el alcoholismo, la dependencia a otras drogas, las conductas antisociales y el trastorno del control de los impulsos son los cuadros clínicos que aparecen con más frecuencia en pacientes aquejados de este cuadro clínico.
- Por lo que se refiere a la definición poco precisa del trastorno, hay una alta comorbilidad de este cuadro clínico con la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo.
- La asociación frecuente entre la depresión y el trastorno de estrés posttraumático se explica por la presencia en éste de algunos síntomas característicos de aquella: la pérdida de interés o de participación en actividades significativas, la sensación de acortamiento del futuro, la evitación de personas o las alteraciones de sueño. Desde esta perspectiva, se puede reconceptualizar el trastorno de estrés posttraumático como una variante de la depresión.

- ☞ Quizá estas altas tasas de comorbilidad serían menores si se acotase conceptualmente el trastorno de estrés postraumático y se limitasen los síntomas a los que son más específicos de este trastorno: las pesadillas, la reexperimentación de imágenes, la respuesta de alarma y la hipervigilancia. No obstante, éste no es el camino seguido por el DSM-IV-TR que opta por la inclusión de síntomas no específicos: por ejemplo, la pérdida de interés, la sensación de acortamiento del futuro o las alteraciones del sueño.

5.- ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

5.1.- MODELOS DE CONDICIONAMIENTO.

- ☞ El acontecimiento amenazante funciona como una situación de condicionamiento clásico:

- Las vivencias experimentadas por la víctima funcionan como EI.
- Los EI producen una RI de ansiedad y de terror.
- A través de un proceso de condicionamiento por contigüidad temporal o física, los EC en esa situación, llegan a elicitar respuestas de ansiedad (RC).
- Ciertos estímulos cognitivos (contar lo ocurrido, asistir a una terapia), actúan también como EC que generan respuestas de ansiedad ⇒ Cuanto mayor es el número de Ecs presentes en el trauma, mayor es la magnitud del miedo.

- ☞ El proceso de generalización de estímulos y de condicionamiento de orden superior, explica la generalización de las respuestas de ansiedad a otros estímulos nuevos, y la ampliación del número de estímulos generadores de miedo.

- ☞ Predicciones derivadas de éste modelo en el caso de víctimas de agresiones sexuales:

- Las víctimas están más temerosas y ansiosas que las no víctimas. La exposición repetida a la agresión sexual aumenta la magnitud del miedo.
- Las situaciones ansiógenas se relacionan con estímulos condicionados a la violación: conductas sexuales, meras expresiones de afecto o ternura.
- La ansiedad anticipatoria propicia la presencia de conductas de evitación ante situaciones lúdicas o de relación interpersonal.

- Las interacciones con el sistema judicial, generan un grado muy alto de ansiedad.
- ☞ En casi 2 de cada 3 víctimas, la violación es la primera experiencia sexual ⇒ dificultades posteriores de adaptación afectivo-erótica.

5.2.- TEORÍA DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA Y DE LA EVALUACIÓN COGNITIVA.

- ☞ La teoría de indefensión aprendida explica por qué algunas víctimas, se muestran paralizadas, pasivas y culpables tras un suceso traumático.
- ☞ Hay cierto paralelismo entre el modelo de indefensión aprendida y la experiencia de victimización:
 - Ambos están precipitados por acontecimientos aversivos e incontrolables.
 - Ambos permiten el desarrollo de creencias generalizadas acerca de la incontrolabilidad del futuro (generalización a otras situaciones).
 - Ambos incluyen una creencia generalizada acerca de la ineffectividad de las respuestas futuras.
- ☞ La evaluación cognitiva de lo ocurrido desempeña un papel importante: Mediante el proceso de evaluación cognitiva, el sujeto interpreta y otorga un significado a los sucesos.

Los esquemas cognitivos pueden llevar a la víctima a percibirse a sí misma, al entorno y al futuro, como negativos y a desarrollar pensamientos irracionales relacionados con lo ocurrido.

También se pueden producir cambios positivos después de la experiencia traumática.

Las personas que se atribuyen una responsabilidad de lo ocurrido, pueden experimentar un agravamiento del cuadro clínico:

- Las víctimas que llevan a cabo atribuciones internas, estables y globales se sienten peor que las
- Víctimas que hacen atribuciones externas, inestables y específicas.

☞ La depresión resultante tras un acontecimiento traumático puede ser fruto:

- De la escasa implicación de la víctima en actividades previamente reforzantes.
- De la disminución de la autoestima, que puede ser resultado, de la evaluación cognitiva distorsionada y de atribuciones de culpabilidad.

5.3.- TEORÍA DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

☞ La teoría del procesamiento de la información trata de dar cuenta de las estructuras cognitivas de miedo y trata de explicar la reexperimentación de los síntomas presentes en el TEP.

☞ Las estructuras cognitivas del miedo patológico, se distinguen de las del miedo normal, en que contienen elementos erróneos: Reflejan la existencia de una amenaza percibida que no tiene por qué coincidir con la amenaza real, y funcionan como un programa de escape y evitación conductual.

Sólo cuando un estímulo adquiere un significado de amenaza, la estructura mnésica se transforma en una estructura de miedo (Una mujer violada puede desarrollar un TEP cuando se entera de que su agresor ha asesinado a la siguiente víctima).

☞ Las víctimas de agresiones sexuales tienen mayor probabilidad de desarrollar un TEP, cuando los estímulos y las respuestas seguros, antes de la agresión, dejan de serlos (violada en casa por un conocido).

La modificación de las reglas de seguridad, junto con la perversidad del estímulo, contribuye a perturbar seriamente el funcionamiento cotidiano de la víctima.

☞ Al contrario que las exposiciones largas, la tendencia a escapar de los estímulos sensibiliza a los sujetos ⇒ Las exposiciones cortas impiden la modificación de las estructuras de miedo, que permanece inaccesible, y por tanto, no puede desactivarse.

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

☞ La terapia de exposición trata de desactivar éste proceso anómalo: El sujeto se dota de una información que resulta incompatible con los errores cognitivos procesados, y que le posibilita llevar a cabo un nuevo procesamiento emocional adecuado, en las dimensiones conductuales, cognitivas y psicofisiológicas ⇒ alivio de los síntomas.

6.- FACTORES PREDICTIVOS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL.

- ☞ La vulnerabilidad psicológica a las agresiones sexuales ha comenzado a ser objeto de estudio sólo recientemente. El déficit de asertividad y el haber sido objeto de abusos durante la infancia son factores de riesgo. No obstante, estas características sólo están presentes en una pequeña parte de todas las mujeres agredidas.
- ☞ Las diferencias individuales de reacción ante una agresión sexual dependen de las siguientes variables:
 - Cada víctima cuenta con unas habilidades específicas para hacer frente al estrés, que dependen de la historia previa, del apoyo social y del nivel de estabilidad emocional en el momento de la agresión sexual.
 - Las repercusiones psicológicas inmediatas de la víctima 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.
 - Las interacciones sociales de la víctima después de la agresión con familiares, amigos, jueces, policías, terapeutas, etc., pueden tener efectos positivos, negativos o mixtos en la readaptación emocional posterior.
- ☞ Se puede predecir la gravedad del problema a largo plazo a partir de la intensidad inicial del trastorno a los pocos días de la agresión. Es decir, cuanto más intensa sea la reacción de las primeras horas y días tras la agresión, mayor es la probabilidad de que se cronifique el problema.
- ☞ Según las características biográficas/demográficas, las mujeres casadas y las mayores tienen peor pronóstico de recuperación que las solteras y las niñas y más jóvenes, quizá porque estas últimas cuentan con unas estrategias de afrontamiento más eficaces. Los trastornos psicopatológicos previos y los problemas graves de salud tienden a ensombrecer la recuperación tras la agresión sexual y pueden ser mayores predictores de depresión que la intensidad del trauma ocurrido.
- ☞ 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, sin embargo, las víctimas de agresiones especialmente crueles experimentan mayores problemas de ajuste a largo plazo. Asimismo, la consumación del coito, junto con el efecto sumatorio de las lesiones físicas y de la percepción de muerte que ello conlleva, puede ser
 - ☞ un potente predictor del desarrollo del trastorno de estrés posttraumático.
- ☞ Desde otra perspectiva, la experimentación de sucesos estresantes en los últimos meses puede agravar las reacciones psicológicas experimentadas. De este modo, la muerte de un ser querido y/o ausencia de relaciones afectivas en el último año aumentan la intensidad del estrés posttraumático tras la violación.