

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un síndrome resultante de la exposición a lesiones graves o agresiones sexuales o amenazas graves reales. Los signos y síntomas del TEPT parecen surgir de interacciones complejas de factores psicológicos y neurobiológicos. Los estudios han encontrado alteraciones en la amígdala, la corteza prefrontal, el hipocampo y el cíngulo anterior y el cuerpo del colon, así como el funcionamiento alterado del eje hipotalámico hipofisario (HPA).

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) incluyen los siguientes:

Re-experiencia persistente del evento: pensamientos intrusivos relacionados con el evento traumático, pesadillas o sueños angustiantes, recuerdos involuntarios persistentes o recurrentes, disociación (incluyendo flashbacks) y reacción emocional o fisiológica intensa, negativa al exponerse a recordatorios (desencadenantes traumáticos). Evitar los desencadenantes traumáticos o pensar / hablar sobre la experiencia.

Alteraciones negativas en la cognición y el estado de ánimo: incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma; creencias y expectativas negativas persistentes sobre uno mismo, los demás y el mundo; culpa inapropiada de uno mismo por el trauma; creencias negativas exageradas sobre las consecuencias del trauma; estado emocional negativo persistente (tristeza, horror, culpa); una escasez de experiencias emocionales positivas; pérdida de interés o participación en actividades importantes; y desprendimiento de las personas.

Aumento de la excitación o la reactividad: irritabilidad, problemas con el sueño o la concentración, aumento de la reacción de sobresalto, mayor vigilancia de posibles peligros, actos de autolesión o imprudencia.

No se puede diagnosticar TEPT hasta que haya pasado un mes desde el incidente traumático. El trastorno de estrés agudo, que tiene síntomas similares, se diagnostica durante el primer mes.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de TEPT en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años utilizando el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) [[1](#)] requiere un cierto tipo y nivel de evento traumático, una combinación de síntomas requeridos , y la ausencia de criterios de exclusión.

- A) Causa: la víctima estuvo expuesta a muerte real o amenazada, lesiones graves o violencia sexual en una de cuatro formas:

Experimentar directamente los eventos traumáticos

Presenciar, en persona, los eventos tal como ocurrieron a otros

Aprender que los eventos traumáticos ocurrieron a un familiar cercano o amigo

Experimentar una exposición repetida o extrema a detalles aversivos de los eventos traumáticos; Esto no se aplica a la exposición a través de medios como la televisión, películas o imágenes.

- B) El evento traumático se repite constantemente:

Pesadillas

Pensamientos intrusivos del evento traumático

Recuerdos

Angustia emocional marcada cuando se expone a recordatorios traumáticos
Fuerte reacción fisiológica cuando se expone a recordatorios traumáticos
Los niños pueden volver a experimentar el evento a través del juego repetitivo.

C) Evitar en una de dos formas:

Evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas con el evento.

Evitar personas, lugares o actividades que puedan desencadenar recuerdos del evento.

D) Alteraciones negativas en la cognición y el estado de ánimo. Dos de los siguientes:

Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento (s)

Creencias negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.

Cogniciones distorsionadas persistentes sobre la causa o las consecuencias del evento (s)

Estado emocional negativo persistente

Disminución notable del interés o participación en actividades significativas

Sentimientos de desapego o alejamiento de los demás.

Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas

E) Hiperarousal: dos de los siguientes:

Comportamiento irritable y arrebatos de ira.

Comportamiento temerario o autodestructivo

Hipervigilancia

Respuesta exagerada de sobresalto

Problemas de concentración

Alteración del sueño

F) La duración de los síntomas es de más de 1 mes.

G) La alteración causa angustia o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento.

H) La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.

El DSM-5 reconoce un especificador "con síntomas disociativos" cuando los síntomas del TEPT van acompañados de despersonalización o desrealización persistente o recurrente.

El especificador "con expresión retrasada" debe incluirse si no se cumplen los criterios completos para el TEPT durante más de 6 meses después del trauma.

Los niños pueden tener diferentes reacciones al trauma que los adultos. Los niños de 6 a 11 años pueden mostrar abstinencia extrema, comportamiento disruptivo y / o incapacidad para prestar atención. Los comportamientos regresivos, las pesadillas, los problemas para dormir, los miedos irracionales, la irritabilidad, la negativa a asistir a la escuela, los arrebatos de ira y las peleas también son comunes. El niño puede tener quejas somáticas sin base médica. El trabajo escolar a menudo sufre. La depresión, la ansiedad, los sentimientos de culpa y el entumecimiento emocional a menudo están presentes. Los adolescentes de 12 a 17 años generalmente tienen respuestas similares a las de los adultos. [2]

Para los niños de 6 años o menos, las reacciones típicas al trauma pueden incluir comportamiento regresivo, miedo a separarse de un padre, llanto, gemidos, gritos, inmovilidad y / o movimiento sin rumbo, temblor, expresiones faciales asustadas y aferramiento excesivo. Los niños se ven fuertemente afectados por las reacciones de sus padres ante el evento traumático y la capacidad de sus padres para brindar apoyo. [2] En el DSM-5 se encuentran criterios especiales para el diagnóstico de TEPT en niños de 6 años de edad y menores . [1]

MANEJO INICIAL

Los primeros auxilios psicológicos (PFA) son muy importantes inmediatamente después de un evento traumático. La PFA incluye la psicoeducación de que los síntomas iniciales del paciente son una reacción normal a un evento anormal y no significan que la persona esté débil o "enloquezca", y que los síntomas disminuyan con el tiempo. Los primeros auxilios también incluyen satisfacer las necesidades básicas del individuo (refugio, comida y relaciones de apoyo) y la seguridad de que el apoyo continuará. Es importante evitar hacer comentarios invalidantes como: "No es tan importante" o "¿Por qué estás tan molesto?"

Las terapias basadas en la evidencia para el TEPT incluyen la Terapia de Conducta Cognitiva Centrada en el Trauma (TF-CBT) Exposición Prolongada (EP), Terapia de Procesamiento Cognitivo y Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento de los Ojos (EMDR). La psicoterapia es claramente más efectiva que la medicación. Ciertos medicamentos pueden ser útiles para aumentar la eficacia de la terapia. La D-cicloserina, que mejora la memoria, puede ayudar con el aprendizaje de extinción. Inderal puede ayudar a disminuir la excitación durante la terapia y puede hacer que el aprendizaje de extinción sea más efectivo. Sin embargo, inderal también perjudica la memoria. [3]

Los antidepresivos SSRI y SNRI parecen ser las intervenciones psicofarmacológicas más efectivas para los síntomas de TEPT en adultos. Su eficacia en adolescentes y niños es ciertamente menor y es posible que no tengan ninguna eficacia. Además, llevan advertencias de Black Box por tendencias suicidas. La guanfacina y la clonidina pueden ser útiles para la agitación. La prazosina a veces es útil para disminuir las pesadillas y el insomnio relacionados con el trauma. El uso de inderal en las primeras horas puede disminuir los síntomas futuros de hiperactivación. Se ha demostrado que el uso de benzodiacepinas empeora el curso del TEPT.

Jugar un juego visualmente exigente como Tetris poco después del evento traumático puede ayudar a interferir con la consolidación de la memoria y puede disminuir el riesgo de desarrollar TEPT.

ANTECEDENTES

Los problemas psicológicos de los soldados en la Segunda Guerra Mundial, la Guerra de Corea y la Guerra de Vietnam, junto con el grave impacto psicológico de la violación, fomentaron el interés y la investigación en la colección de síntomas que se conocieron como trastorno de estrés postraumático. El TEPT se incluyó por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en 1980 cuando se publicó el DSM-III . Los criterios de diagnóstico se han sometido a revisiones significativas con DSM-IV y DSM-5 .

Según el DSM-III, uno tenía que experimentar un evento fuera de la experiencia humana normal que causaría síntomas en casi cualquier persona. Con el tiempo, la apreciación de que el grupo de síntomas se produjo como resultado de experiencias comunes, como los accidentes automovilísticos, condujo a un cambio en los criterios.

El DSM-IV requería que el individuo respondiera al trauma con "miedo intenso, impotencia u horror". Aunque el DSM-5 los contiene como posibles manifestaciones de TEPT, se eliminó el requisito para ellos. El DSM-5 también trasladó el TEPT de la categoría "Trastornos de ansiedad" a una nueva categoría de trastornos denominada "Trastornos relacionados con el trauma y el estrés". Los criterios anteriores se centraron en los grupos de reexperimentación, evitación e hiperactivación. Esto se ha modificado ligeramente en el DSM-5 , que ahora incluye síntomas intrusivos (similar a la categoría de reexperimentación más antigua), evitación, cambios negativos en las cogniciones y emociones y alteración de la excitación y la reactividad. [1]

Los eventos traumáticos se han limitado a eventos que amenazan la vida, como desastres naturales, asaltos personales, guerra o accidentes graves. El DSM-5 incluía la posibilidad de desarrollar TEPT después de la violencia sexual, incluso si no existía la amenaza de muerte. Para los niños, una experiencia sexual inapropiada para el desarrollo puede considerarse un evento traumático, a pesar de que en realidad no haya involucrado violencia o lesiones físicas.

El DSM-5 reconoce un nuevo subtipo disociativo de TEPT, con características clínicas y neurobiológicas que lo distinguen de la forma no disociativa. Este subtipo disociativo se describe como una sobremodulación del afecto o una forma de desregulación emocional mediada por la inhibición prefrontal de la línea media de las regiones límbicas. Este subtipo puede requerir ligeras diferencias en el tratamiento.

El DSM-5 ahora incluye diferentes criterios para diagnosticar TEPT en niños de 6 años de edad y menores. Aunque los criterios son similares a los utilizados para diagnosticar el TEPT en poblaciones mayores, existen alteraciones apropiadas para el desarrollo. [1]

Etiología

La etiología del TEPT está experimentando una grave amenaza de lesiones físicas o muerte, o agresión sexual. Los niños que sufren abusos reiterados corren el riesgo de sufrir traumas complejos. El TEPT crónico representa un fracaso para recuperarse del trauma, en parte debido a la resistencia inadecuada. Se ha realizado un esfuerzo considerable en un intento por determinar qué individuos tendrán respuestas prolongadas y desadaptativas al trauma. Se han determinado numerosos factores de riesgo. [1 , 4]

Factores preexistentes

Los factores preexistentes incluyen lo siguiente:

Género (aumentado en mujeres)

Exposición traumática previa

Enfermedad mental preexistente

Bajo nivel socioeconómico

Menos educación, menor inteligencia

Adversidad infantil

Factores peritraumáticos

Los factores peritraumáticos incluyen los siguientes:

Severidad y naturaleza del trauma.

Violencia interpersonal

Disociación en el momento del evento traumático.

Aumento del pulso inmediatamente después del evento traumático.

Factores postraumáticos

Los factores postraumáticos incluyen los siguientes:

Desarrollo del trastorno de estrés agudo

Otras tensiones como problemas financieros

Eventos de vida adversos posteriores

Falta de apoyo social.

Epidemiología

La exposición a eventos traumáticos es común. Entre los adultos en los Estados Unidos, hasta el 50% de las mujeres y el 60% de los hombres han experimentado un evento traumático. La mayoría de estos individuos no desarrollarán TEPT. El TEPT tiene una prevalencia de por vida entre los adultos en los

Estados Unidos de aproximadamente el 8% (mayor en mujeres que en hombres) y representa una discapacidad y morbilidad considerables. Estas tasas varían considerablemente según la población específica que se esté considerando. [5]

PRONÓSTICO

El pronóstico varía en función de una serie de factores que incluyen resistencia, tensiones secundarias, nivel de apoyo, experiencias traumáticas previas, lesiones continuas, gravedad del factor estresante, etc. La capacidad de recuperación del niño es un factor importante en el pronóstico. [4]

Tres años después del huracán Katrina, la prevalencia de trastornos emocionales graves para niños en el área con alta exposición (problemas económicos o de vivienda graves, lesiones o muerte de alguien cercano a ellos o victimización) fue aproximadamente uno de cada tres niños. [5] El abuso y la negligencia infantil predisponen a trastornos de la personalidad, trastornos afectivos, abuso de sustancias y problemas médicos. [6]

TRATAMIENTO : Multimodal – Psicoterapia Cognitivo Conductual (Desensibilización Sistemática), ISRS, asociadas a Benzodiazepinas en la fase inicial. -Luego ISRS Dual. -