

TEMA 05

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

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.A.- 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.

SÍNTOMAS ASOCIADOS AL TEP

Los síntomas asociados pueden ser variables, pero existen **3 aspectos nucleares**:

1. **El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente** por lo menos en una de las formas siguientes:
 - Recuerdos recurrentes, desagradables o intrusivos, que incluyen imágenes, recuerdos y pensamientos (*flashbacks*).
 - Sueño recurrentes y desagradables sobre el suceso (*pesadillas*).
 - *Malestar psicológico* intenso al exponerse a estímulos que recuerdan al suceso.
 - *Reactividad fisiológica* al exponerse a dichos estímulos.

2. **Evitación persistente de los estímulos asociados al trauma** y falta de capacidad general de respuesta, al menos en 3 de los fenómenos:
 - Esfuerzos para *evitar pensamientos, sentimientos y conversaciones* relacionadas con el tema.
 - Esfuerzos para *evitar actividades, situaciones y lugares* que provocan el recuerdo del trauma.
 - *Disminución del interés* y participación en actividades.
 - *Sensación de distanciamiento* o extrañamiento respecto a los demás.
 - *Limitación de la capacidad afectiva* (incapacidad para enamorarse).
 - *Sensación de acortamiento de futuro*.
 3. **Síntomas persistentes de hiperactivación**, en al menos, dos de los siguientes fenómenos:
 - *Dificultad para mantener y conciliar el sueño*.
 - *Irritabilidad* o explosiones de *ira*.
 - *Dificultades de concentración*.
 - *Hipervigilancia*.
 - *Respuesta de alarma exagerada*.
- ◆ La **duración** del trastorno debe ser **superior a un mes**.
 - ◆ El TEP lleva a una **interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral**.
Embotamiento afectivo: especie de *anestesia psíquica*, para captar y expresar sentimientos de intimidad y ternura.
 - 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 TEP no ha sido objeto de estudio en la infancia.
 - 3 factores diferenciales**:
 - Combinación de evitación y de pensamientos intrusivos.
 - Miedo y ansiedad generalizada.
 - Dificultades de concentración y alteraciones en el sueño, con pesadillas frecuentes.

2.B.- UBICACIÓN NOSOLÓGICA DEL TRASTORNO

El TEP figura incluido entre los **trastornos de ansiedad**, pero podría estar englobado entre los trastornos disociativos o como una variante de la depresión.

El 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.

El TEP y los 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:**
 1. Porque **no afecta a todos los pacientes**.
 2. Porque **tiende a disminuir con el tiempo**.
 3. Porque el **carácter nuclear del trastorno** viene **marcado por la ansiedad**.

3.- TIPOS DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

- Según el **DSM-IV**, el **diagnóstico de TEP**, requiere la presencia de los síntomas mencionados durante un **periodo superior a 1 mes**. En caso contrario, se considera como un trastorno de estrés agudo.
- El TEP puede presentarse de **FORMA AGUDA**, cuando la antigüedad de los síntomas es **inferior a 3 meses**.
FORMA CRÓNICA, cuando es **superior 3 meses**.
Trastorno con un **COMIENZO DIFERIDO**: Cuando los síntomas se inician mucho después del trauma (**6 meses**).
- 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 TEP

- Hay una alta **comorbilidad del TEP con** la **depresión**, el **TAG**, la **fobia social** y el **TOC**.

5.- ETIOLOGÍA DEL TEP

5.A.- 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 numero 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:
 1. Las víctimas están más temerosas y ansiosas que las no víctimas. La exposición repetida a la agresión sexual aumenta la magnitud del miedo.
 2. Las situaciones ansiógenas se relacionan con estímulos condicionados a la violación: conductas sexuales, meras expresiones de afecto o ternura.
 3. La ansiedad anticipatoria propicia la presencia de conductas de evitación ante situaciones lúdicas o de relación interpersonal.
 4. 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.C.- 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:
 - a) Ambos están **precipitados por acontecimientos aversivos e incontrolables.**
 - b) Ambos permiten el desarrollo de **creencias generalizadas acerca de la incontrolabilidad del futuro** (generalización a otras situaciones).
 - c) 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.C.- 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, contribuyen 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 PREDICITIVOS DEL TEP EN VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES

- **VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA A LAS AGRESIONES SEXUALES:** Déficit de asertividad y haber sido objeto de abusos durante la infancia. Pero, sólo están presentes en una pequeña parte de las mujeres agredidas.
- Las **diferencias individuales de reacción** ante una agresión sexual **dependen de las siguientes variables:**
 - a) **Habilidades específicas para hacer frente al estrés:** dependen de la historia previa, del apoyo social y nivel de estabilidad emocional.
 - b) Las repercusiones psicológicas inmediatas son **función combinada de la intensidad de la agresión sexual** como estresor y de las **habilidades de la víctima para hacer frente a la situación.**
 - c) Las **interacciones sociales**, 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: ***Cuanto más intensa*** sea la reacción de las primeras horas y días, mayor es la probabilidad de que se cronifique el problema.
- Las **CARACTERÍSTICAS BIOGRÁFICAS/DEMOGRÁFICAS:** ***Mujeres casadas y las mayores*** tienen peor pronóstico (estrategias de afrontamiento ineficaces).
- Los **TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PREVIOS** y os **PROBLEMAS GRAVES DE SALUD**, ensombrecen la recuperación y son mayores predictores de depresión.
- Las **CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA AGRESIÓN SEXUAL** (consumación del coito, lesiones físicas y percepción de muerte): **no influyen en las reacciones de la víctima a corto plazo**, pero presentan un **peor ajuste a largo plazo.**
- La **EXPERIMENTACIÓN DE SUCESOS ESTRESANTES EN LOS ÚLTIMOS MESES**, puede agravar las reacciones psicológicas experimentadas.