

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: ENFOQUE CLÍNICO

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Alumno: Aduén Oramas Pérez

Tutores académicos: Pablo García Medina y María Concepción
Cristina Ramos Pérez

Departamento: Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología

Curso académico: 2019/2020

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

ÍNDICE

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN
3. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEPT
 - 3.1. REACCIONES POSTRAUMÁTICAS
 - 3.2. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO
 - 3.3. SINTOMATOLOGÍA DEL TEPT
 - 3.4. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DEL TEPT
 - 3.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TEPT
 - 3.6. RESPUESTA INDIVIDUAL
 - 3.7. TEPT EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
 - 3.8. RELACIÓN ENTRE TEPT Y DEPENDENCIA ALCOHÓLICA
4. EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
5. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS VINCULADOS A LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRAUMA
6. CONCLUSIONES
7. REFERENCIAS

1. RESUMEN

Se presenta una recopilación teórica donde se recoge tanto una definición completa del trastorno de estrés postraumático, como sus principales características diagnósticas y como evaluarlo desde una perspectiva sistémico - integradora. Asimismo, se pretende lograr una aproximación de carácter clínico a los tratamientos psicológicos más efectivos para afrontar esta patología.

PALABRAS CLAVES: Trastorno de estrés postraumático, TEPT, Psicopatología, Evaluación, Tratamiento Psicológico.

1. ABSTRACT

It is presented a theoretical compilation where it is saved the whole meaning of the post-traumatic stress disorder, also the main diagnostic characteristics and how to evaluate it from an integrative-systemic perspective. In addition, it is intended to achieve a clinical approach to the most effective treatments used to face this pathology.

KEY WORDS: Post traumatic stress disorder, PTSD, Psychopathology, Evaluation, Psychological treatment.

2. INTRODUCCIÓN

A pesar de que no todas las personas son igual de resistentes ni igual de vulnerables, los sucesos traumáticos generan en la mayoría de ellas miedo, terror e indefensión, ponen en peligro su integridad física y psicológica y, a su vez, dejan con frecuencia a la víctima en tal situación emocional, que es incapaz de afrontarlo con los recursos psicológicos de los que dispone.

Cualquier acontecimiento traumático (una agresión sexual, un atentado terrorista, la violencia de pareja, el asesinato de un ser querido, etc.) supone una quiebra en el sentimiento de seguridad. El daño psicológico sufrido se refiere, por un lado, a las lesiones psíquicas agudas producidas por un suceso violento y, por otro, a las secuelas emocionales que persisten en algunos individuos de forma crónica como consecuencia de lo ocurrido y que interfieren negativamente en su vida cotidiana (Wittchen, Gloster, Beesdo, Schönfeld y Perkomigg, 2009).

Lo que habitualmente genera daño psicológico suele ser la amenaza a la propia vida o a la integridad psicológica, a una lesión física grave, a la percepción del daño como intencionado o la pérdida violenta de un ser querido. El daño generado suele ser mayor si las consecuencias del hecho violento son múltiples, como ocurre, por ejemplo, en el caso de un atentado con secuelas físicas o una adolescente que haya sido víctima de una violación (Baca y Cabanas, 2003; Echeburúa, Corral y Amor, 2005b).

En síntesis, el alcance del daño psicológico depende de la gravedad del suceso, el daño físico o grado de riesgo sufrido, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima, la posible concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar y laboral, por ejemplo) y pasados (historia de victimización), el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles. Todo ello configura la mayor o menor resistencia de la víctima al estrés (Echeburúa, Corral y Amor, 2014).

En cuanto a la justificación por la que nace este documento, se debe a la motivación de realizar una aproximación teórica tanto a la conceptualización y evaluación como a los tratamientos psicológicos utilizados para afrontar esta patología. Se pretende dar a conocer, en un formato reducido, datos y contenidos relevantes citados por autores que han centrado su estudio en el trastorno de estrés postraumático.

3. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEPT

El trastorno por estrés postraumático (TEPT, en lo sucesivo) se define como una patología que ocasiona en el individuo que lo sufre una serie de síntomas de indefensión, miedo o incapacidad debido a que ha sido expuesto a un determinado evento altamente traumático en el pasado.

Estos acontecimientos pueden ser de una naturaleza muy variada, observándose este trastorno en personas que han sido víctimas de violaciones, agresiones, abusos de cualquier índole, atentados, secuestros, accidentes de tráfico o aéreos y catástrofes naturales.

A menudo las personas que padecen TEPT suelen ver diezmada su capacidad para mantener la calma ante situaciones o estímulos que asocien al trauma en sí y, por ende, poseen una precaria estabilidad y salud mental. Es habitual que estas personas evidencien síntomas de ansiedad, depresión e incluso consumo de sustancias como alcohol u otras drogas. (American Psychiatric Association, 1994)

Todo esto es debido al hecho de que reviven de manera constante y persistente el trauma en forma de sueños, imágenes o pensamientos intrusivos. De esta manera, presentan conductas de evitación ante estímulos que, de primeras, no suponen un peligro para la persona en cuestión. Es común también que reflejen conductas de hiperactivación, por ejemplo, no pudiendo conciliar el sueño, o incluso una disminución del interés en actividades o aspectos de la vida cotidiana.

Estos síntomas, según el DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría), ocasionan en personas con trastorno de estrés postraumático un malestar clínicamente significativo que afecta gravemente a su bienestar. Además, estos síntomas deben permanecer o estar presentes, al menos durante un mes.

A continuación, y teniendo en cuenta la fundamentación teórica de este trastorno psicológico, se verá como son las reacciones traumáticas en las personas y cuáles son sus consecuencias.

3.1 REACCIONES POSTRAUMÁTICAS

Un suceso traumático genera el trastorno de estrés postraumático (TEPT) cuando el acontecimiento supera, en un individuo, el umbral para el trauma e interfiere negativamente en su vida cotidiana.

Las reacciones psicológicas a un acontecimiento traumático varían en función de la mayor o menor proximidad temporal al suceso. Por ello, se han categorizado, por un lado, el trastorno de estrés agudo, en adelante TEA, cuando la sintomatología clínica emerge en las cuatro primeras semanas tras el acontecimiento traumático y por otro, el TEPT, que se diagnostica solo cuando han transcurrido más de cuatro semanas del suceso.

El trastorno de estrés agudo (TEA) se diagnostica solo en las primeras cuatro semanas. Este periodo es crítico para la fijación del proceso patológico.

Es el punto de transformación entre una respuesta orientada a la recuperación, reajuste y reevaluación de lo ocurrido y lo que constituye propiamente una entidad clínica.

Se trata de una reacción postraumática intensa que desborda la capacidad de afrontamiento de la persona y que se caracteriza fundamentalmente por la presencia de síntomas disociativos, como la alteración del sentido de la realidad del entorno o de uno mismo y la amnesia disociativa, que implica la incapacidad para recordar aspectos significativos del suceso traumático. Asimismo, las personas afectadas sufren síntomas de reexperimentación del suceso, conductas de evitación y síntomas intensos de ansiedad. Todo ello genera un malestar clínico significativo e interfiere negativamente en su vida cotidiana (Echeburúa, Corral y Amor, 2007).

Este trastorno aparece con más frecuencia en víctimas vulnerables, pero también puede aparecer en personas sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el suceso resulta muy traumático. La detección de las reacciones postraumáticas en esta fase temprana posibilita la identificación de las personas en riesgo de padecer un TEPT ulterior y el establecimiento de unas estrategias de intervención profiláctica encaminadas a evitar la cronificación del trastorno (Zohar, Sonnino, Juven-Wetzler y Cohen, 2009)

Trastorno de estrés postraumático: según el DSM-5 (APA, 2013) el TEPT aparece cuando la persona ha estado expuesta a la muerte, a una lesión grave o a violencia sexual, ya sea real o constituya una amenaza. Este cuadro clínico puede derivar de la exposición directa ante el suceso traumático, del hecho de haberlo presenciado cuando les ocurre a

otras personas o del conocimiento de que le haya sucedido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. El TEPT aparece cuando la persona ha sufrido una agresión física o psicológica o una amenaza para su vida y una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión.

Habitualmente los sucesos desencadenantes suelen ser las catástrofes, los accidentes, las agresiones intencionadas (violaciones, actos terroristas, robos con violencia, maltrato familiar, etc.) o incluso el diagnóstico de enfermedades graves. Las agresiones intencionadas son las que causan el trastorno con mayor frecuencia porque denotan una crueldad y suponen una quiebra de la confianza de los demás seres humanos.

Al margen de esta separación de subcategorías de trastornos de trauma, en general, se consideran normales las siguientes reacciones ante un evento estresante grave: tristeza, ansiedad, enfado, comportamiento alterado u otras dificultades que puedan presentarse y que pueden variar en función de la persona.

En niños y adolescentes estas reacciones son fundamentalmente transitorias, pero hay que tener muy en cuenta el hecho de que la actitud de los padres/madres o personas a cargo de los menores es de vital importancia, ya que estos deben conseguir, en la medida de lo posible, que sus hijos/as se sientan seguros y protegidos (Dyregrow y Yule, 2006).

No obstante, es posible que estas dificultades por las que pasan los niños y adolescentes pueden ser más graves y por tanto durar mayor tiempo. Esto puede dar lugar a problemas mayores y posteriores problemas de adaptación o funcionamiento personal.

A su vez, investigadores como Selye, quien fue un importante fisiólogo y médico austriaco, han centrado su estudio en la manera en la que afecta el estrés al organismo y como son las consecuencias que genera en este. Concretamente, destaca un estudio realizado por Selye con ratas en los años 30. En este estudio se les expuso a distintos tipos de estímulos aversivos, como son frío, calor o incluso la inoculación de veneno y esto, dio como resultado una serie de cambios psicológicos, a los cuales Selye englobó en el concepto que hoy se conoce como Síndrome de Adaptación General.

Según Selye, este síndrome produce en seres humanos las mismas reacciones fisiológicas, como son debilitamiento en la eficacia general del organismo y en su

capacidad defensiva, haciéndolo más vulnerable a enfermedades (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1986; Schneiderman, 1983).

Una vez teniendo en cuenta estas reacciones fisiológicas y psicológicas en el organismo, se pasará a ver como se verán reflejada las mismas en el exterior del organismo, lo que da lugar a una sintomatología y forma de actuar concreta por parte de la persona.

3.2 PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DEL TEPT

Seguidamente, se explorarán los datos demográficos de personas que presentan esta patología.

Este trastorno en la población adulta tiene una incidencia de entre el 1 al 2 por ciento (Keane, 1989). No obstante, en personas que han sufrido un evento traumático, la presencia del trastorno de estrés post traumático gira en torno al 15 y 30 por ciento, teniendo en cuenta que aquellas personas que han pasado y sobrevivido a un accidente o a una catástrofe natural poseen niveles más bajos de presencia de este trastorno.

Por otra parte, aquellas personas que han sobrevivido a violaciones, agresiones sexuales, abusos de cualquier índole o que han sido víctimas de terrorismo presentan unos niveles mucho mayores de prevalencia del TEPT, que gira en este caso, en torno al 70% de esta población.

Conviene destacar el hecho de que este trastorno se presenta con mayor gravedad en la población femenina, principalmente en casos de violación.

En el caso de los hombres, este trastorno tiene menor incidencia, y en los que lo sufren, su caso está relacionado con abusos en la etapa infantil o accidentes de circulación.

“La mujer es más vulnerable al TEPT por cuestiones fisiológicas, derivadas del impacto de las hormonas femeninas y factores psicosociales, como el papel que ha dejado desempeñado histórica y evolutivamente en la protección de la familia, lo que ha llevado a desarrollar un mayor sistema de apego y vinculación, que es el que se rompe en las situaciones dramáticas y de estrés” (Caballo, Salazar y Carrobbles, 2014).

A su vez, cabe destacar que los principales factores de riesgo en el trastorno de estrés postraumático son: género femenino, juventud y antecedentes psiquiátricos

previos, tanto del eje I como del II, antecedentes psiquiátricos familiares y el tipo de trauma, sobre todo en casos de violación y crimen violentos (Mingote, J. C., Machón, B., Isla, I., Perris, A., & Nieto, I. 2001).

Una vez vista la prevalencia que tiene este trastorno en la población, se verán cuáles son las características diagnósticas necesarias para poder clasificar y evidenciar que un individuo presente un caso de TEPT.

3.3 SINTOMATOLOGÍA DEL TEPT

Cuando hablamos de los síntomas presentes en el trastorno de estrés postraumático debemos tener en cuenta que se pueden agrupar en 3 categorías, fenómenos invasores o de reexperimentación cognitiva y emocional, síntomas de evitación y, por último, de respuesta de alerta extrema o hiperactivación. (Carvajal, Cesar. 2002)

Es común que la persona vuelva a experimentar los síntomas vivenciados durante el evento traumático a modo de pensamientos, imágenes, sensaciones, ruidos u olores vinculados directamente con el trauma.

Esta sintomatología se presenta en la vida cotidiana de la persona, dando lugar a una serie de características diagnósticas determinadas, las cuales se trabajarán más adelante. Todo esto dará lugar a una respuesta individual en cada persona, que puede ser completamente distinta y que variará en la forma en la que el terapeuta podrá trabajar con este paciente.

3.4 CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Cuando hablamos de realizar un adecuado diagnóstico del TEPT debemos tener en cuenta, en primer lugar, el evento traumático al que se ha expuesto la persona. Se consideran eventos traumáticos aquellos en los que la persona esté expuesta a una amenaza real como puede ser una guerra, robo, agresión física o un atraco. También se tienen en cuenta los abusos sexuales como pueden ser la penetración sexual forzada o

inducida por alcohol u otras drogas. Asimismo, se consideran eventos traumáticos severos haber sido testigo de un atentado terrorista, secuestro, accidentes de tráfico o aéreos o incluso desastres naturales. No obstante, no se consideran eventos traumáticos severos las afecciones médicas.

Los hechos de los que se habla pueden haber sido presenciados de forma directa por la persona, pero también de forma indirecta, debido a que hay individuos que, después de haber sido testigos del sufrimiento de familiares o amigos cercanos, pueden presentar síntomas asociados al TEPT.

En segundo lugar, a la hora de realizar el diagnóstico de un posible caso de TEPT, debemos analizar que la persona en cuestión reviva de manera constante e involuntaria el evento traumático, ya sea por medio de sueños, recuerdos, pensamientos, etc. A menudo esta reexperimentación de las emociones vividas durante el acontecimiento va asociada a su vez a ciertos olores, colores o sonidos, de manera que tiene un importante componente sensorial. En los casos más severos en los que el paciente revive el trauma, puede llegar a experimentar este mismo como si estuviese inmerso de nuevo en él. Todo esto produce en la persona una fuerte inestabilidad emocional y malestar, lo cual puede llegar a afectar seriamente a su vida cotidiana.

En tercer lugar, conviene destacar que los pacientes que sufren de TEPT, a menudo, evitan cualquier estímulo o aspecto que esté asociado al trauma. De este modo la persona se cierra no solo a expresarse y a hablar sobre lo que le preocupa sino también a realizar cualquier actividad que pueda ocasionar una reexperimentación del evento traumático en cuestión. Por ejemplo, individuos que tras un accidente de tráfico grave evitan a toda costa coger el coche o mujeres que después de haber sufrido un abuso sexual o violación rehúyen de las relaciones sexuales consentidas.

En cuarto lugar, los pacientes suelen presentar alteraciones en las cogniciones y estado de ánimo relacionado con el trauma. Esto hace referencia a la amnesia disociativa, es decir, al hecho de olvidar aspectos importantes del evento en cuestión, sin poder ser esta amnesia atribuible al efecto de drogas. Es común, a su vez, olvidar o tener una opinión distorsionada sobre la causa del evento traumático, con lo que a menudo estos pacientes se culpan a ellos mismos de lo ocurrido, generando un profundo sentimiento de culpabilidad, aun cuando la causa real depende de factores externos sobre los que la víctima carece de control. Por otro lado, es común que pierdan el gusto por elementos o

actividades que antes disfrutaban, así como el hecho de alejarse de las personas que conforman su entorno.

En quinto lugar, es importante resaltar la presencia de conductas agresivas o autodestructivas por parte del paciente, ya sea involucrándose en peleas, presentando una conducta suicida, de autolesión o consumiendo alcohol u otras drogas. Al mismo tiempo, estos pacientes evidencian respuestas de hiperactivación ante estímulos que son inofensivos y que no presentan riesgo real para la persona. Otro síntoma común son las dificultades de atención, memoria o concentración e incluso, problemas de vigilia y sueño. Este último aspecto tiene que ver con el hecho de que el paciente a menudo sufre de pesadillas e interrupciones del sueño debido a la reexperimentación del trauma.

Cuando se pretende diagnosticar un posible caso de TEPT, es habitual caer en el error de dar con el diagnóstico de otro trastorno o patología psicológica.

3.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN TEPT

Uno de los errores más comunes a la hora de diagnosticar correctamente el trastorno de estrés postraumático es la de confundirlo con alguna otra patología con características y síntomas similar a este, por lo que a continuación se describen algunas de los aspectos a tener en cuenta, según el DSM-5, para realizar una adecuada evaluación.

Trastorno de estrés agudo: en este caso de diferencia del TEPT en que los síntomas del tienen una duración de entre 3 días y 1 mes después de la exposición al evento, mientras que, en el TEPT, los síntomas persisten de manera constante meses después de vivenciar el acontecimiento detonante.

Trastornos de adaptación: se debe tener en cuenta que estos trastornos, pueden ocurrir a partir de eventos de cualquier severidad, esto quiere decir, que no es necesario que el individuo haya sido testigo o víctima de eventos altamente estresantes o que atenten directamente contra su vida.

Trastorno depresivo mayor: es común que personas que presenten TEPT, al mismo tiempo, evidencien síntomas asociados a la depresión, no obstante, es vital saber diferenciar cuando estamos ante un caso propiamente de TEPT o un caso en que la persona muestre únicamente síntomas de depresión mayor. En los casos de depresión, los pacientes no cumplen con el criterio en el que la persona revive de manera constante el

trauma, interfiriendo en sus pensamientos y sueños en su vida cotidiana. Además, no evitan de manera continuada estímulos o actividades que puedan recordarles al trauma que han experimentado.

Trastornos disociativos: en este punto se debe tener presente que, como se ha nombrado en el apartado de características diagnósticas, es habitual que los pacientes que padezcan trastorno de estrés postraumático, presenten síntomas disociativos como la amnesia disociativa o el trastorno de despersonalización, por lo que, cuando se cumplan todas las características diagnósticas asociadas al TEPT, se puede considerar que estamos ante un caso de trastorno de estrés postraumático del subtipo disociativo.

Trastorno obsesivo compulsivo: en los casos de TOC, al igual que en los casos de TEPT, el paciente sufre por la presencia de pensamientos intrusivos, la diferencia está en que en los casos de TEPT, estos intrusismos son explicados por la existencia de un trauma grave en la persona, mientras que en el TOC, estos pensamientos vienen definidos como obsesiones, que a continuación van seguidos de rituales con los que calmar o aliviar ese malestar producido por las obsesiones.

Trastornos de personalidad: a menudo estos trastornos afloran durante la adolescencia o a edades relativamente tempranas y no están necesariamente asociados o precedidos por haber sido víctima de algún evento traumático, por lo que, en estos trastornos de personalidad, sus síntomas no pueden ser explicados por un trauma.

Trastorno de ansiedad generalizada: los síntomas de ansiedad que sufre la persona en estos casos no surgen o se han originado por la presencia de un evento traumático en la vida de estos individuos.

Esquizofrenia y trastorno psicótico breve: es habitual que estos pacientes evidencien padecer alucinaciones y otras dificultades en el campo de la percepción, que podrían en un principio confundirse con los pensamientos intrusivo o los flashbacks que padecen los pacientes con TEPT. En los casos de TEPT, estos recuerdos del acontecimiento traumático no se explican o se producen por la existencia de otros trastornos psicológicos o por la ingesta de sustancias alucinógenas o psicotrópicas, que, en muchos casos, son los que pueden llegar a dar lugar a un trastorno psicótico breve o incluso esquizofrenia.

Junto a un adecuado conocimiento de los criterios diagnósticos del TEPT y también de otros trastornos psicológicos con los que es posible confundir síntomas, se debe realizar una evaluación completa y absolutamente integradora.

3.6 LA RESPUESTA INDIVIDUAL

Tras haber vivenciado un evento traumático, son pocas las víctimas capaces de hablar con libertad de lo sucedido debido al rechazo que sienten al recordar el hecho traumático. Esto es debido a la reacción emocional extremadamente aversiva que genera en el sujeto.

Además, en muchos casos, el paciente evita entrar en detalles en relación con este evento traumático y es aquí, donde debe actuar correctamente el/la psicólogo/a o psiquiatra encargado de llevar el caso, debido a que debe crear una buena alianza terapéutica y un ambiente de confianza con el cliente, con el fin de que este se abra y narre su historia de la forma más completa posible, de manera que el profesional pueda conocer todas las variables con las que trabajar.

Es común que, sobre todo en pacientes que han sido víctimas de algún tipo de abuso o tortura, pierdan la confianza en otras personas, con lo que puede dificultar la relación psicólogo - cliente y su respectivo tratamiento.

Es lógico que esta respuesta al trauma se vea agravada aún más en niños y adolescentes que han sido víctimas de algún acontecimiento que atente contra su vida o integridad física, por lo que, en esta población, el trastorno de estrés postraumático puede tener consecuencias devastadoras.

3.7 TEPT EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Si en cualquier época del desarrollo de la persona la presencia de acontecimientos estresantes o situaciones vitales adversas es importante en relación con la salud física y psicológica, durante la infancia su impacto puede ser dramáticamente significativo, ya que no va a afectar a un ser humano biológica, psicológica y socialmente maduro, sino a un individuo en una fase de desarrollo que requiere ciertas condiciones externas de

estabilidad y protección. Por ello cuando un menor sufre unas condiciones de crianza inadecuadas o claramente negativas, los efectos en su desarrollo como persona pueden ser muy graves, ya que influyen en un gran número de variables psicológicas, la maduración del sistema nervioso y neuroendocrino (van der Kolk, 2003), y generando graves problemas de personalidad y adaptación.

Los sucesos vitales experimentados pueden ser extraordinarios y extremadamente traumáticos, sucesos menores de baja intensidad de estrés, pero cotidianos, y todas las combinaciones entre estos extremos (Sandín, 2008; Talam, Navarro, Russel y Rigat, 2006).

En ambos casos, además de las unidades de cambio vital que se asocian al estímulo o situación estresante para comprender su impacto en una persona concreta es necesario tener en cuenta las variables psicológicas, básicamente de tipo cognitivo (Sandín, Rodero, Santed y García-Campayo, 2006), que median entre los estímulos y las respuestas de estrés, tal como propuso Lazarus en su perspectiva interaccional (Lazarus y Folkman, 1984). Así la evaluación primaria del acontecimiento determina su valor de amenaza, daño/pérdida, desafío o beneficio, mientras que la secundaria valora la controlabilidad del estímulo y los recursos disponibles para afrontar la situación. Estos procesos cognitivos de gran importancia en la resolución del conflicto generado entre demandas del ambiente y recursos personales, durante la infancia están bastante limitadas, ya que las características del desarrollo cognitivo y afectivo en cada fase evolutiva impone claros límites, siendo fundamental la guía y protección de los adultos responsables del menor, porque en gran medida el significado de los sucesos y las reacciones infantiles, van a depender de los significados que sus cuidadores atribuyan al suceso y de sus reacciones.

En cuanto a los tipos de eventos traumáticos que podemos encontrarnos, diferenciamos los acontecimientos naturales, ya sean terremotos, inundaciones o huracanes; los eventos accidentales, como pueden ser incendios o accidentes de tráfico y los eventos causales intencionadamente por el ser humano, que como se ha nombrado anteriormente son los que peores consecuencias acarrear. Dentro de estos últimos eventos destacamos las agresiones sexuales, maltrato doméstico, tortura, secuestros, terrorismo o muerte violenta de un ser querido.

3.8 RELACIÓN DEL TEPT Y DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

No es de extrañar que el trastorno de estrés postraumático vaya acompañado de la presencia de otros trastornos, afecciones o incluso dependencia a determinadas sustancias, ya que, como hemos visto, este trastorno se caracteriza por poseer una naturaleza agresiva, amenazante, y que, por consiguiente, genera una quiebra en la seguridad y estabilidad de la persona víctima de uno o varios eventos traumáticos.

Es por este mismo motivo por el que muchas personas que presentan TEPT recurren al alcohol u otras drogas con el fin de evadirse o conseguir disminuir los niveles de tensión.

Según un estudio realizado por el departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Sestre Milosdnice” en Zagreb, Croacia, a veteranos de guerra con TEPT, podemos ver como entre el 60-80% de los veteranos de combate presentan un abuso a adicciones de drogas o al alcohol. Este estudio también nos muestra como esta dependencia alcohólica unida al trastorno de estrés postraumático refleja un aumento estadísticamente significativo en la agresividad de los soldados, manifestando mayores niveles de agresividad física y verbal.

4. EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

A la hora de evaluar a un paciente que acude presentando indicios de un caso de TEPT, debemos tener en cuenta una serie de pasos a seguir.

Al igual que con la inmensa mayoría de trastornos psicológicos, una buena evaluación es absolutamente vital para llegar a conocer todas las variables con las que debemos trabajar con el paciente. Con esto se pretende transmitir que es necesario llevar a cabo una evaluación completa, que sea capaz de integrar no solo la idiosincrasia de la persona con TEPT, sino también todas las variables que rodean al sujeto. Estas variables del entorno del paciente engloban tanto a su familia como a su pareja y amistades.

Es, por tanto, imprescindible, realizar una evaluación meticulosa y detallada del entorno e historia clínica del paciente.

Además, hay una serie de pautas que conviene considerar a hora de evaluar a un paciente que acude por TEPT, y es que se debe informar a la persona que se va a someter a la evaluación y posible tratamiento de que es habitual que sufra un aumento en la intensidad de los síntomas ya que se va a trabajar mediante la libre expresión de las emociones y sentimientos que han desencadenado el evento traumático, lo cual puede producir una reexperimentación de los síntomas. Es común también que los pacientes rehúsen a exponer abiertamente como ha sido el evento que ha desencadenado el trauma.

Es altamente recomendable, y con el fin de lograr una evaluación integradora, entrevistar a los familiares y personas más cercanas al paciente, ya que nos servirán como referencia a la hora de conocer la historia clínica, pero también para concienciarles de la importancia de su papel como figura de apoyo durante el proceso terapéutico que atravesará el paciente. En el caso de tratar con niños, es de suma importancia este paso, debido a que tanto familiares como maestros podrán aportar información valiosa en el caso.

Por tanto, es imprescindible realizar una valoración global del paciente y su entorno, ya que “parece que el concepto de acontecimiento traumático se halla dentro de una matriz de variables bastante compleja que supone contemplar aspectos muy diversos relacionados tanto con el acontecimiento como con la persona, y que se pueden combinar de múltiples maneras. Así, la modificación de una sola variable de la matriz podría suponer variaciones importantes (e.g. si la persona cuenta o no con apoyo social)”. Crespo, M., & Gómez, M. (2012).

Al mismo tiempo, es común que en un principio nos encontremos ante un paciente que, paralelamente al TEPT, presente síntomas de depresión, dependencia alcohólica o ansiedad. Esto es habitual en pacientes que acuden por este trastorno, ya que a menudo este da lugar a comorbilidad con otras psicopatologías.

Entre las técnicas evaluativas destacan el uso de entrevistas estructuradas y semiestructuradas de diagnóstico diferencial, autoinformes y autorregistros.

A continuación, se detallarán las principales escalas con las que se trabaja con pacientes con TEPT.

Nombre de la escala	Autor	Técnica evaluativa
Escala de gravedad de síntomas TEPT	Echeburúa, De Corral, Amor, et al, 1997	Entrevista semiestructurada
Clinician Administered PTSD Scale (Escala para el TEPT administrada por el clínico) CAPS	Blake, Weathers, Nagy et al., 1990	Entrevista semiestructurada
Escala Diagnóstica Postraumática	Foa et al., 1997	Inventario
Escala de Trauma de Davidson	Davidson et al, 1997	Cuestionario
TQ Cuestionario de experiencias traumáticas	Escalona et al., 1997	Cuestionario
Escala de autovaloración para el TEPT	Carlier et al., 1998	Cuestionario

En primer lugar, la Escala de gravedad de síntomas del TEPT de Echeburúa, De Corral, Amor et al., 1997. Se trata de una entrevista semiestructurada que alberga cuestiones relativas a la sintomatología propia del TETP, siguiendo las pautas del DSM-IV. Cabe destacar que, además, tiene preguntas relacionadas con ataques de pánico que pudiese sufrir el paciente en cuestión. En esta escala la severidad de los síntomas se refleja en una escala que va de 0 a 3.

Por otra parte, el Clinician Administered PTSD Scale (Escala para el TEPT administrada por el clínico) de Blake, Weathers, Nagy et al., 1990 es una entrevista la cual consta de dos partes en las que incluyen, en primer lugar, una clasificación de los eventos traumáticos que narre el paciente y, en segundo lugar, una sección de 30 preguntas con las que se pretende evaluar los síntomas del TEPT, siguiendo el DSM-IV. En este caso, esta escala clasifica los síntomas desde el 0 al 4, según su severidad.

Por otro lado, la entrevista para el TEPT de Watson et al, 1991 es una entrevista estructurada. En este caso se guía por las pautas del DSM-III-R y sus cuestiones evalúan la existencia o no de los criterios diagnósticos necesarios para presentar este trastorno y

además evalúan la frecuencia e intensidad de los síntomas propios del TEPT. En este caso la escala va de 1 a 7.

Existen otros cuestionarios utilizados también para la evaluación del trastorno de estrés postraumático, como son la Escala Diagnóstica Postraumática de Foa et al., 1997. Se encarga de evaluar la gravedad de los síntomas del trastorno a partir de una lista de eventos traumáticos donde el paciente debe marcar aquellos que haya podido experimentar. También incluye una parte de preguntas sobre sintomatología del TEPT y otra que analiza la posible interferencia de estos síntomas en la vida cotidiana.

La Escala de Trauma de Davidson (Davidson et al., 1997) se trata de un cuestionario que evalúa tanto la evitación al trauma, como la reexperimentación de este y los síntomas de hiperactivación que pueda experimentar el paciente. Está conformado por 17 ítems, que se guían por las pautas del DSM-IV. Este cuestionario se rige por una escala que califica la intensidad y frecuencia de los ítems de 0 a 4.

Entre los cuestionarios existentes también se puede encontrar el TQ Cuestionario de experiencias traumáticas (Escalona et al., 1997) o la Escala de Autovaloración para el TEPT (Carliet et al., 1998).

Una vez realizada la evaluación y habiendo recabado toda la información del paciente en cuestión, se pasará a realizar el o los tratamientos más adecuados para el caso, teniendo en cuenta toda la información trabajada anteriormente.

5. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS VINCULADOS A LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRAUMA

El objetivo de la terapia psicológica enfocada al TEPT, concretamente desde el enfoque cognitivo conductual, es la de superar una realidad que el paciente no es capaz de procesar y que, por ende, le consume y persigue a lo largo de su vida. Esta realidad pone en riesgo su salud y estabilidad mental, dando lugar a problemas de confianza, autoestima o dificultades para llevar con normalidad su día a día.

Es muy común que la víctima vuelva a experimentar las emociones vividas durante el evento traumático y esto no solo le impide seguir adelante, sino que muchas

veces dificulta vivir experiencias similares que pueden llegar a ser placenteras, como puede ser las relaciones sexuales en el caso de una persona que ha sufrido abusos sexuales.

En los casos en los que el paciente sufre constantemente de pensamientos intrusivos que evocan el trauma vivido como puede ser a través de pesadillas o imágenes, es preciso que el paciente se exponga a estas emociones relacionadas con el evento traumático, con ayuda del terapeuta. Esto se conseguirá haciendo que el paciente sea capaz hablar abiertamente del trauma, siempre en un ambiente de confianza y de apoyo.

Es común la utilización de técnicas de modificación de conducta como pueden ser las técnicas de exposición en vivo, técnicas de relajación, técnicas de exposición imaginativa o incluso técnicas de reestructuración cognitiva.

En cuanto a las técnicas de exposición, suelen aplicarse mediante imaginación y en vivo, de manera que se realice un acercamiento a aquellos pensamientos, recuerdos o estímulos que el paciente teme. Algunas de las formas en las que se expone al paciente a la experiencia traumática vivida es por medio de una representación del trauma por medio de la imaginación o incluso por medio de la escritura. Tras estudios realizados por autores como Foa, Meadows o Keane (1998) se ha llegado a la conclusión de que las terapias que utilizan técnicas de exposición, y principalmente las que logran una exposición prolongada, son efectivas debido a que esta exposición continuada es capaz de deshacer la asociación que se ha ocasionado en el paciente entre estímulo y respuesta emocional condicionada (Joycox y Foa, 1996).

Se suele usar también reestructuración cognitiva, con o sin exposición. Conviene destacar en este punto que, Resick y Schnike en 1993 propusieron la “Cognitive processing therapy” o terapia de procesamiento cognitivo. Esta terapia se basa en la teoría cognitiva social del TEPT que se centra en cómo se construye y afronta el acontecimiento traumático por una persona que está intentando recuperar el control y dominio de su vida (Resick, 2008). Se trata de una terapia de 12 sesiones y en un principio fue utilizada para víctimas de violación, sin embargo, también ha demostrado eficacia en pacientes que han pasado diversos eventos traumáticos.

La inoculación del estrés es otra técnica utilizada para pacientes con TEPT, de manera que se les inculca una serie de estrategias que pueden utilizar para afrontar los estímulos estresantes en su vida cotidiana. Estas estrategias pueden ser la detención del

pensamiento, las autoinstrucciones, las técnicas de respiración o incluso técnicas de relajación, como la relajación muscular progresiva de Jacobson.

Otra técnica también utilizada para el tratamiento del TEPT es la desensibilización y reprocesamiento con movimientos oculares. Este procedimiento psicoterapéutico fue diseñado por la psicóloga Francine Shapiro, la cual descubrió que los movimientos oculares sacádicos voluntarios tenían la capacidad de reducir la ansiedad que estaba relacionada con pensamientos negativos asociados a los eventos traumáticos vividos.

Independientemente de cada uno de los posibles acercamientos que contemple el psicólogo o psiquiatra encargado de llevar a cabo la terapia, es un requisito importantísimo el hecho de conseguir una buena exposición a los estímulos desencadenantes de la respuesta de miedo por reexperimentación del trauma. Esto quiere decir que es necesario lograr una exposición prolongada, siendo así capaz de reducir los síntomas habituales como la evitación, la hiperactivación fisiológica, la ansiedad o la propia reexperimentación del evento en cuestión.

En esta línea, los autores Foa, Rothbaum y Furr (2003) declaran que, según la evidencia científica, resulta más eficaz aquella exposición hecha en vivo e imaginación, que aquella exposición que, por el contrario, solo se realice mediante imaginación.

Según Jaycox y Foa (1996) el hecho de exponerse a los recuerdos traumáticos logrará una disminución de los síntomas asociados al trauma debido a que el paciente aprenderá que los estímulos que le provocan una respuesta de miedo no son realmente peligrosos.

Al mismo tiempo que trabajamos con el paciente con TEPT, se debe trabajar con la familia y pareja debido a que el entorno de estos individuos se ve afectado negativamente. Esto se produce por el detrimento en sus relaciones interpersonales e incluso puede llegar a afectar a las personas de su entorno más próximo favoreciendo tasas de depresión y otros trastornos relacionados con el estrés (Mingote, J. C., Machón, B., Isla, I., Perris, A., & Nieto, I. 2001).

En definitiva, se debería utilizar un plan de tratamiento que se caracterice por una exposición continua al recuerdo aversivo del trauma, ya sea en imaginación o en vivo, mientras que este se acompañe de técnicas de relajación y reestructuración cognitiva. Esta

exposición será la que consiga erradicar los síntomas asociados al TEPT como son los síntomas de evitación, ansiedad, hiperactivación, etc.

A su vez, la familia jugará un papel fundamental en la recuperación del paciente, ya que supone un pilar de apoyo esencial. De esta manera, mientras se trabaje con el sujeto, se deberán trabajar con la familia y las relaciones interpersonales, que posiblemente se hayan visto deterioradas debido a la dificultad que atraviesan.

6. CONCLUSIONES

Desde el enfoque clínico y teniendo en cuenta la importancia de realizar una valoración sistémico integradora en el trastorno por estrés postraumático, hay que trabajar con una serie de aspectos en mente.

Debido a la complejidad que puede entrañar este trastorno, es vital conocer en profundidad tanto la definición como los síntomas o los criterios diagnósticos del TEPT. Esto implica conocer todas las variables con las que un psicólogo o psiquiatra puede trabajar en estos casos, como puede ser: el historial clínico del paciente, antecedentes familiares, género, situación familiar actual y pasada, existencia de maltrato en el pasado o consumo de alcohol.

Cuando hablamos del TEPT, estamos hablando de una patología que se presenta en un individuo después de haber experimentado una situación altamente traumática, con lo que, cada persona puede haber vivenciado un evento completamente distinto, con variables muy diferentes en cada sujeto. Por este motivo, debemos conocer en profundidad el trauma que está presente en cada uno y tener en cuenta el máximo de detalles posible.

Existe una gran variabilidad no solo en el historial clínico de cada paciente, sino también en los recursos de afrontamiento y adaptativos del mismo, por lo que esto se verá reflejado en una serie de diferencias individuales en cada uno, que darán lugar a una mayor vulnerabilidad o resistencia a la aparición de este trastorno psicológico.

En conclusión, tanto la evaluación como los tratamientos psicológicos deberán caracterizarse por tener en cuenta la idiosincrasia de cada paciente, y evaluar no solo al

individuo sino a todo su entorno, el cual influye significativamente en él. De esta manera el/la psicólogo/a o psiquiatra contará con las variables necesarias para trabajar eficazmente en el caso. Así, se conseguirá tanto una evaluación y diagnóstico que englobe todas las cualidades y síntomas del paciente, como un plan de tratamiento que vaya enfocado a solventar aquellas dificultades concretas que afronta cada sujeto y las cuales le impiden gozar de una adecuada salud mental.

7. REFERENCIAS

- Acuña, V. R., Hernández, M. R., Guzmán, M. R. A., Hernández, L. C., Contreras, E. Z., & Jorge, R. G. (2016). Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural. *Investigación y Ciencia: de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, (67), 71-77.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed.)*. Washington DC, EEUU.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Washington DC, EEUU.
- Bados López, A. (2009). Trastorno por estrés postraumático: naturaleza, evaluación y tratamiento. Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona.
- Báguena Puigcerver, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*. 13(3), 479-492.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of traumatic stress*, 8(1), 75-90.
- Buljan, D., & Thaller, V. (2003). Agresión en el trastorno de estrés postraumático comórbido con dependencia alcohólica. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 17(4), 231-235.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Carrobes, J. A. I. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide.
- Calzada Reyes, A., Oliveros Delgado, Y. C., & Acosta Imas, Y. (2012). Trastorno por estrés agudo: Presentación de un caso. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(1), 27-31.
- Carvajal, César. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 20-34. Recuperado el 20 de Mayo de 2020 de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Crespo, M., & Gómez, M. (2012). La evaluación del estrés postraumático: Presentación de la escala de evaluación global de estrés postraumático (EGEP). *Clínica y Salud*, 23(1), 25-41.
- Davidson, J. R., & Foa, E. B. (1993). *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. American Psychiatric Pub.

- De la Barra Mac, F. (2013). Trastorno de estrés post traumático en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 84(1), 7-9.
- Dyregrov, A., & Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(4), 176-184.
- Echeburúa Odriozola, Enrique, Corral Gargallo, Paz de, & Amor Andrés, Pedro Javier. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14(1), 139-146.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., & Furr, J. M. (2003). Augmenting exposure therapy with other CBT procedures. *Psychiatric Annals*, 33(1), 47-53.
- Jaicox, L.H., Foa, E.B. y Morral, A.R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 185-192.
- Labrador, F. J., del Rocío Fernández-Velasco, M., & Rincón, P. P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 527-547.
- Lemus, L. M. G. (2008). Desensibilización y reprocesamiento con movimientos oculares. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 206-215.
- López Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 13(3), *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 09/01/2008, Vol.13(3).
- López, M. C., & del Mar Gómez, M. (2003). Propuesta de un inventario para la evaluación y diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3(3), 41-57.
- Manzanero, A. L., & Recio, M. (2012). El recuerdo de hechos traumáticos: exactitud, tipos y características. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(1), 19-25.
- Mingote Adán, José Carlos, Machón, Begoña, Isla, Irene, Perris, Alicia, & Nieto, Isabel. (2001). Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista De Psicoanálisis*, (8), *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 2001, Issue 8.
- Ocaña Méndez, M^a Carmen. (1998). Síndrome de adaptación general. La naturaleza de los estímulos estresantes. *Escuela abierta*.

- Resick, P., & Schnicke, M. (1992). Cognitive Processing Therapy for Sexual Assault Victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 748-756.
- Resick, P., Monson, C., & Chard, K. (2008). Terapia de Procesamiento Cognitivo. Versión V/M: Manual del terapeuta. VA Boston Healthcare System.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Thaller, Vlatko, Marusic, Srdan, Katinic, Krizo, Buljan, Danijel, Golik-Gruber, Vesna, & Potkonjak, Jelena. (2003). Factores biológicos en pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD) y Alcoholismo. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 17(2), 88-100.
- Vera Guerrero, María Nieves. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en una víctima de abusos sexuales en la infancia. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 22(1), 89-103.