



TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

ENFOQUE DESDE LA FARMACIA

La exposición a sucesos traumáticos como abuso psíquico, abuso sexual, episodios de violencia doméstica, un desastre natural, un combate militar, un accidente... puede dar lugar a un trastorno de ansiedad caracterizado por una serie de síntomas distintivos y persistentes que a su vez, en determinadas personas, pueden comprometer la calidad de vida o incluso la vida en sí. Es el denominado trastorno de estrés posttraumático, objeto de revisión en este trabajo.

M. RAFAELA ROSAS

Licenciada en Farmacia y Ciencia y Tecnología de los Alimentos.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es una alteración psicológica que se engloba dentro de los llamados trastornos de ansiedad que se producen como consecuencia de la exposición a un suceso traumático que conlleva un daño físico. Se trata de una reacción emocional intensa y negativa a un trauma psicológico extremo, que incluye pensamientos y recuerdos persistentes cargados de miedo sobre el suceso vivido. Este tipo de reacciones puede provocar un bloqueo.

El factor estresante puede involucrar incidentes como: atracos, violación o tortura, secuestro o cautividad, abusos en la niñez, accidentes graves, desastres naturales, guerras, etc. Independientemente del origen del problema, las personas que sufren el trastorno suelen repetir el trauma en forma de pesadillas o recuerdos perturbadores durante el día. Por otro lado, pueden experimentar otros problemas de sueño, sentirse aislados, entumecidos o sobreexcitados. En general, su comportamiento varía y pueden perder interés por las cosas que antes solían disfrutar y tener problemas para mostrar su afectividad. Es característico un aumento de la irritabilidad, la agresividad e incluso la violencia. Todo aquello que pueda recordarles el trauma puede ser muy angustiante, por lo que tienden a evitar ciertos lugares o situaciones que les puedan traer a la memoria esos recuerdos.

TABLA 1. TRASTORNOS ASOCIADOS AL TEPT

<p>Ataques de pánico Se trata de sensaciones intensas de miedo y angustia acompañadas de síntomas como taquicardias, sudoración, náuseas, temblores, etc.</p>
<p>Depresión Se producen episodios de pérdida de interés, descenso de la autoestima e incluso, en los casos más graves, ideaciones suicidas recurrentes. Muchas personas sufren episodios depresivos posteriores. Algunos estudios muestran cómo aproximadamente el 50% de las víctimas de violación muestran ideas recurrentes de suicidio</p>
<p>Ira y agresividad Se tratan de reacciones básicas y, en cierta manera lógicas, entre las víctimas de un trauma. Sin embargo, cuando llegan a límites desproporcionados influye de forma significativa con la posibilidad de éxito terapéutico así como en el día a día del sujeto.</p>
<p>Abuso de drogas Es característico el recurrir a drogas como el alcohol para tratar de huir/esconder el dolor asociado. En ocasiones esta estrategia de huida aleja al sujeto de poder recibir la ayuda apropiada y como consecuencia se prolonga la situación de sufrimiento.</p>
<p>Conductas extremas de miedo o evitación La huida/evitación de todo aquello que refiere a la situación traumática es un signo común en la mayoría de los casos, sin embargo, en ocasiones este intenso miedo y evitación se generaliza a otras situaciones, que pueden estar no directamente asociadas con la situación traumática y esto puede interferir de forma muy significativa en la vida diaria del sujeto.</p>

SINTOMATOLOGÍA

Se puede clasificar la sintomatología asociada más común en tres grandes bloques:

INTRUSIÓN

Las reacciones de intrusión incluyen:

- *Flashbacks* con sentimientos y sensaciones asociadas por el sujeto a la situación traumática.
- Pesadillas en las que el evento u otras imágenes asociadas a él recurren de forma frecuente en sueños.
- Reacciones físicas y emocionales desproporcionadas ante sucesos relacionados con el evento traumático.

CONDUCTAS DE BLOQUEO Y EVITACIÓN EMOCIONAL

En esta categoría figuran:

- Intensa evitación/huida/rechazo del sujeto a gente, lugares, pensamientos o actividades que le recuerden el trauma.
 - Pérdida de interés, bloqueo emocional y aislamiento social.
- En muchos casos estas situaciones pueden llevar a la automedicación con abuso del alcohol y otras drogas.

INCREMENTO O ACTIVACIÓN

La sintomatología de incremento o activación incluye problemas de conciliación del sueño, hipervigilancia, problemas de concentración, irritabilidad, impulsividad y agresividad.

Existen otros problemas asociados al trastorno como son la depresión, el abuso de sustancias y/o problemas de ansiedad (tabla 1).

EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios epidemiológicos han mostrado que el TEPT es más prevalente en mujeres que en varones (Olff M et al. *Psychol Bull.* 2007;133(2):183-204). La mujer es más vulnerable biológicamente a este tipo de trastornos, que pueden aparecer a cualquier edad, incluso en la niñez. Se ha relacionado la susceptibilidad de padecer TEPT con ciertos antecedentes genéticos.

Diferentes estudios muestran que la prevalencia global del trastorno por estrés postraumático oscila entre el 1 y el 14%, explicándose esta variabilidad por los criterios diagnósticos empleados y el tipo de población objeto de estudio. En estudios sobre individuos de riesgo (p.ej., veteranos de guerra, víctimas de erupciones volcánicas o atentados terroristas) pueden encontrarse cifras de prevalencia que van del 3 al 58%.

Por otra parte, la prevalencia del TEPT tiene una relación directa con el grado de exposición a eventos estresantes traumáticos.

Algunos estudios realizados en niños y adolescentes han indicado que las chicas desarrollan síntomas de TEPT más graves y de mayor duración, pero que los muchachos tienen mayor posibilidad de ser expuestos a sucesos desencadenantes. Se ha evaluado a niños de diversas procedencias étnicas y se ha documentado que el TEPT ocurre en cualquier grupo cultural o étnico, aunque los factores culturales pueden determinar su manifestación clínica.

ETIOLOGÍA

Una persona que ha sufrido un acontecimiento traumático puede desarrollar o no un TEPT dependiendo de una serie de factores predisponentes individuales (vulnerabilidad) y de las características del evento traumático. Cuanto más traumático sea el acontecimiento, la probabilidad de que se produzca el síndrome es mayor. Cuanto menos vulnerable sea la persona, menos probabilidades tendrá de experimentar un TEPT.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para el desarrollo de un TEPT pueden resumirse en:

- Dimensión en que el evento traumático afecta la vida íntima y personal del afectado.
- Duración del evento.
- Grado de vulnerabilidad ante acciones de maldad humana (es más probable el desarrollo del TEPT en casos de eventos provocados por la mano del hombre que ante eventos naturales).

PERSONAS SUSCEPTIBLES DE PADECER TEPT

El perfil de individuos con más probabilidades de sufrir un TEPT responde a:

- Gente con experiencia militar en combate o civiles que se han visto involucrados en episodios de guerra.
- Gente que ha sido raptada, que ha sufrido abusos sexuales o psíquicos.
- Gente que se ha visto involucrada o ha sido testigo de sucesos que han comprometido la vida de personas.
- Gente que ha sufrido algún desastre natural como un tornado, un terremoto, etc.

DIAGNÓSTICO

Previamente a considerar las pautas de diagnóstico, los expertos señalan que este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté claramente establecido que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de una intensidad fuera de lo normal. Se podría establecer un diagnóstico «probable» en el caso de que hubiera pasado más tiempo, siempre que las manifestaciones clínicas fueran típicas y no pareciera verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. Asimismo, es común, aunque no esencial para el diagnóstico, un desapego emocional claro con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal reafirman también al diagnóstico, pero no son de importancia clave.

PAUTAS DE DIAGNÓSTICO

Según los criterios establecidos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, el DSM-IV, de la American Psychiatric Association, un diagnóstico de TEPT se realiza a partir de los elementos siguientes:

- **Exposición.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que: ha sufrido, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos que implican muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás; ha reaccionado con un temor, una desesperanza o un horror intensos (en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados).
- **Experimentación.** El acontecimiento traumático es reexperimentado constantemente a través de una (o más) de las formas relacionadas en la tabla 2.
- **Evitación.** Se produce una evitación constante de estímulos relacionados con el trauma y embotamiento de la reactividad general del sujeto (no presente antes del trauma), tal y como señalan tres (o más) de los síntomas consignados en la tabla 3.

TABLA 2. POSIBLES FORMAS DE REEXPERIMENTACIÓN DEL ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO QUE SON CONTEMPLADAS DE CARA AL DIAGNÓSTICO

Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusivos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En el caso de los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. En lo referente a los niños puede haber sueños terroríficos de contenido no reconocible.
El sujeto actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está pasando (se tiene la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). En el caso de los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que representan o recuerdan un aspecto del evento traumático.
Reacciones fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que representan o recuerdan un aspecto del suceso traumático.

TABLA 3. CONDUCTAS DE EVITACIÓN QUE PUEDEN DAR PIE A UN DIAGNÓSTICO DE TEPT

Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motiven recuerdos del trauma.
Incapacidad para recordar una característica importante del trauma.
Reducción extrema del interés o la intervención en actividades significativas.
Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
Restricción de la vida afectiva.
Sensación de un futuro desolador (p. ej., considera imposible lograr un empleo, encontrar pareja, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

- **Persistencia.** Se producen síntomas persistentes de incremento de la activación (*arousal*) (sin presencia antes del trauma), tal y como señalan dos (o más) de los siguientes síntomas: dificultades para conciliar o mantener el sueño; irritabilidad o ataques de ira; problemas para concentrarse; hipervigilancia y reacciones exageradas de sobresalto.

EL TRATAMIENTO DEL TEPT TIENE COMO OBJETIVOS LA DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS, LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES CRÓNICAS Y LA REHABILITACIÓN SOCIAL Y OCUPACIONAL

- **Duración.** Las alteraciones descritas en los apartados anteriores se prolongan más de un mes. En relación a la duración de los síntomas y el momento del comienzo, se podrá hablar de un TEPT: agudo (los síntomas duran menos de 3 meses); crónico (si los síntomas duran 3 meses o más); de inicio demorado (entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses).

- **Malestar o deterioro.** Las alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

TRATAMIENTO

El tratamiento del TEPT tiene como objetivos la disminución de los síntomas, la prevención de las complicaciones crónicas y la rehabilitación social y ocupacional. Se utilizan diversas modalidades psicoterapéuticas individuales, entre las que destacan la cognitivo-comportamental, las terapias de grupo y de familia, y los grupos de autoayuda.

El abordaje farmacológico dependerá de los síntomas más característicos. Entre los fármacos utilizados se cuentan los

antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del ánimo, entre otros. En algunos casos pueden utilizarse los antipsicóticos atípicos. Teniendo en cuenta la multidimensionalidad y complejidad del trastorno, es recomendado un enfoque ecléctico, en la mayoría de los casos, adaptado a las circunstancias individuales de cada paciente.

A continuación se presenta un breve recopilatorio de algunas de las modalidades terapéuticas más utilizadas actualmente.

ENFOQUE PSICOEDUCATIVO

Esta orientación implica proporcionar al paciente/familia información básica sobre su enfermedad, síntomas características y diversas estrategias de abordaje. Al paciente esta información se le

facilitará a través de libros, artículos y otros documentos de interés y a nivel familiar se trata de la enseñanza de estrategias de abordaje y habilidades de solución de problemas para facilitar la interacción con el paciente.

ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Se basa en técnicas de naturaleza básicamente conductista, teniendo como referencia los trabajos de Paulov y Skinner. Considerando el número de estrategias eficaces de intervención a disposición y la naturaleza multidimensional del trastorno, el enfoque cognitivo-conductual parece especialmente adecuado en el abordaje psicoterapéutico de este tipo de trastornos. La tabla 4 muestra una relación de las principales técnicas de intervención.

HIPNOSIS CLÍNICA

Se ha comprobado que en la fase inicial de la intervención, la hipnosis clínica puede ser válida para estabilizar al paciente con la ayuda de estrategias de autocontrol emocional, control del estrés y de la activación mediante sencillas técnicas de autohipnosis. En una fase posterior, diversas técnicas pueden ser utilizadas para la integración y resolución de recuerdos traumáticos.

Por otra parte, la hipnosis se puede utilizar como estrategia para poder acceder a recuerdos dolorosos y traumáticos que podrían influir en el estado presente del sujeto.

TERAPIAS PSICODINÁMICAS

Las terapias psicodinámicas se centran en los conflictos emocionales causados por el suceso traumático, especialmente los asociados a experiencias tempranas.

Con la expresión de las distintas emociones y pensamientos vinculados al evento, el sujeto tiene mayor seguridad y autoestima. Se trata de aumentar la conciencia de los conflictos intrapersonales y su resolución.

TERAPIAS DE GRUPO/ GRUPOS AUTOAYUDA Y DE APOYO SOCIAL

Se trata de compartir la propia experiencia y afrontar directamente la ira, ansiedad y culpabilidad asociadas a los

TABLA 4. TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

- Técnicas de relajación/control activación emocional
- Desensibilización sistemática
- Técnicas de exposición e inundación
- Técnicas operantes:
 - Procedimientos operantes básicos
 - Técnicas operantes para desarrollar y mantener conductas
 - Técnicas para reducir y eliminar conductas
 - Sistemas de organización de contingencias
- Técnicas de condicionamiento encubierto
- Técnicas de autocontrol:
 - Técnicas de planificación ambiental
 - Técnicas de programación conductual
 - Técnicas para facilitar el cambio de conducta
- Técnicas aversivas
- Técnicas de modelado
- Técnicas de reestructuración
- Técnicas de habilidades de enfrentamiento
- Técnicas de resolución de problemas

recuerdos traumáticos en un ambiente de seguridad, cohesión y empatía proporcionadas por los otros pacientes y el propio terapeuta.

Se consigue alcanzar una serie de objetivos como son: estabilizar las respuestas, tanto a nivel físico como psíquico, frente al evento traumático; explorar, compartir y afrontar emociones y percepciones y aprender estrategias afectivas de abordaje del estrés.

TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar es parecida a la terapia de grupo en el sentido de que su objetivo es la interacción entre las personas, sin embargo, difiere en el hecho de que en la familia existe un pasado, una historia o un futuro común y por otra parte, en este caso, el terapeuta actúa más con un papel directivo. Se trata de fortalecer la familia como grupo.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Normalmente se hace como combinación y apoyo al tratamiento psicológico. Se trata de reducir la ansiedad, la depresión y el insomnio asociados al propio trastorno, y en algunos casos puede aliviar el estrés y el bloqueo emocional asociados.

El tratamiento farmacológico engloba:

- Ansiolíticos como clonazepam y alprazolam y bloqueadores beta no selectivos como el propranolol para regular la ansiedad y los ataques de pánico.
- Inhibidores de la recaptación de serotonina como la fluoxetina para disminuir las conductas de evitación.
- Antidepresivos tricíclicos y otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para la depresión.

TABLA 5. CONSEJOS AL PACIENTE DESDE LA FARMACIA

ANTE UN DIAGNÓSTICO DE TEPT ES IMPORTANTE:
Buscar información y asesoramiento sobre este tipo de trastorno. En la farmacia podemos ayudarle.
Contar a otras personas lo sucedido. Buscar a alguien que quiera escucharle y darle su apoyo.
Considerar la consulta a un psicoterapeuta.
Practicar técnicas de relajación o actividades que resulten relajantes.
Evitar el alcohol y las drogas.
No aislarse de los demás.
Intentar, en lo posible, no evitar ciertas situaciones o recuerdos. En vez de tratar de sacarlos de la mente, procurar expresarlos de algún modo, por ejemplo a través del arte.
Hacer ejercicio de forma regular y seguir una alimentación sana.
Considerar la realización de algún trabajo de voluntariado o ayuda a los demás: a muchos pacientes les resulta beneficioso.

- Clonidina, agonista adrenérgico de receptores alfa, para reducir los síntomas de hiperactivación.
- Es importante señalar que la farmacoterapia por sí misma no es suficiente para una remisión completa de todos los síntomas.

TERAPIAS ALTERNATIVAS

Se trata de un conjunto de métodos, técnicas, filosofías y procedimientos que pueden ser utilizados, de forma individual o en combinación con otras estrategias, para el tratamiento de los problemas relacionados con el estrés postraumático: acupuntura, aromaterapia, ejercicio físico, técnicas de Reprocesamiento y Desensibilización del Movimiento Ocular (EMDR son sus siglas en inglés), fitoterapia, homeopatía, masajes, medicina holística, naturopatía, programación neurolingüística, reflexología, flores de Bach, shiatsu, tai chi, yoga y tratamiento nutricional.

LA PREVALENCIA DEL TEPT ES MAYOR EN MUJERES QUE EN VARONES Y SE ASOCIA A UNA MAYOR VULNERABILIDAD BIOLÓGICA A ESTE TIPO DE TRASTORNOS

CONCLUSIONES

El estrés postraumático es una de las formas más graves de estrés. Las investigaciones recientes están aportando avances en el abordaje de este trastorno. La detección de este estrés asociado a eventos traumáticos es el primer paso de un tratamiento efectivo.

La intervención de los profesionales de salud cualificados, entre ellos el farmacéutico, es clave para obtener efectividad en el abordaje de la enfermedad.

La tabla 5 recoge una serie de consejos básicos con los que el farmacéutico puede orientar al paciente. **Of**

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Alderman CP, Condon JT, Gilbert AL. An open-label study of mirtazapine as treatment for combat-related PTSD. *Ann Pharmacother.* 2009 Jul;43(7):1.220-6. Epub 2009 Jul 7.

Alderman CP, Gilbert AL. A qualitative investigation of long-term zopiclone use and sleep quality among Vietnam war veterans with PTSD. *Ann Pharmacother.* 2009 Oct;43(10):1.576-82. Epub 2009 Aug 25.

Coates S, Schechter D. Preschoolers' traumatic stress post-9/11: relational and developmental perspectives. *Disaster Psychiatry Issue. Psychiatric Clinics of North America;*27(3):473-489.

Corrigan JD, Cole TB. Substance use disorders and clinical management of traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder. *JAMA.* 2008 Aug 13;300(6):720-1.

Schechter D, Wilhelm E. Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. *Infant and Early Childhood Mental Health Issue. Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America;*18(3):665-687.

Wong M. Interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a commentary on the application of findings to the real world of schools. *Am J Prev Med.* 2008 Oct;35(4):398-400.