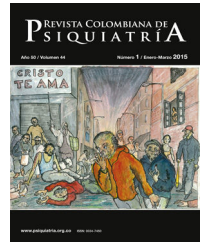




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Reporte de caso

Paciente adolescente con trastorno de estrés postraumático debido a estresor atípico. Reporte de caso



Jhonny Alejandro Muñoz Valencia^{a,*}, Jose Ricardo Muñoz Zuñiga^b
y Juan Carlos Rivas Nieto^{a,b}

^a Universidad del Valle, Colombia

^b Universidad ICESI, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de mayo de 2021

Aceptado el 7 de noviembre de 2021

On-line el 3 de enero de 2022

Palabras clave:

Trastorno de estrés postraumático

Pediatría

Neuropsiquiatría

R E S U M E N

Introducción: El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por síntomas intrusivos, ansiosos y evitativos que se desencadenan luego de una experiencia estresante y afectan a la esfera del ánimo. La definición de un estresor que genera un TEPT ha estado en controversia en los últimos años, ya que se puede presentar un cuadro clínico compatible con el trastorno tras la exposición a estresores que no cumplen el criterio A1 del DSM-V. Estos estresores se han definido en la literatura como «de baja magnitud, poco comunes, inusuales o atípicos».

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un paciente en edad pediátrica en el que se desarrolló un TEPT luego de exponerse a un estresor atípico.

Conclusiones: Se evidencia en la literatura que estos estresores se han documentado más a menudo en la población pediátrica, por lo cual se propone analizar los casos como un complejo entrecruzamiento de variables, de las que una de las más importantes es la interpretación que cada paciente hace del evento según su historia de vida y su contexto social, y no por una característica inherente al estresor en sí.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Adolescent Patient with Post Traumatic Stress Disorder due Atypical Stressor: Case Report

A B S T R A C T

Keywords:

Post-traumatic stress disorder

Paediatrics

Neuropsychiatry

Introduction: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is characterised by intrusive, anxious, and avoidant symptoms that are triggered after a stressful experience and affect the mood. The definition of a stressor that generates PTSD has been debated in recent years, as a clinical picture compatible with the disorder can occur after exposure to stressors that do not meet

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: retroturi@hotmail.com (J.A. Muñoz Valencia).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.11.004>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

the criteria A1 of the DSM V; these stressors have been defined in the literature as “of low magnitude, uncommon, unusual or atypical”.

Clinical case: We present the clinical case of a paediatric patient who developed PTSD after being exposed to an atypical stressor.

Conclusions: The literature shows these stressors to be more frequently documented in the paediatric population. We therefore suggest that cases should be analysed as a complex interweaving of variables, where one of the most important is each patient's interpretation of the event according to their life history and social context, and not because of an inherent characteristic of the stressor itself.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) tiene una prevalencia aproximada del 3,5% en Estados Unidos, con estimaciones más bajas en el resto del mundo, donde se agrupa en un aproximado 0,5-1%¹. En la población pediátrica, las prevalencias son más dispares por la zona geográfica, la resiliencia, la edad y el sexo, pero hay reportes en Colombia de aproximadamente el 4,7%². El TEPT se caracteriza por síntomas intrusivos, ansiosos y evitativos que se desencadenan tras una experiencia estresante y afectan a la esfera del ánimo. En el DSM-V¹ se define estresor como una situación percibida como amenazante, con riesgo de muerte, violencia sexual o lesión grave³. Algunos ejemplos incluyen secuestro, tortura, inseguridad social, accidentes naturales o de tráfico⁴. En el contexto colombiano, el conflicto interno cobra importancia^{2,5-7}.

Por la definición de un estresor que genera un TEPT ha habido controversia los últimos años, pues se puede presentar un cuadro clínico compatible con el trastorno luego de exposición a estresores que no cumplen el criterio A1 del DSM-V^{3,4,8-12}. Estos estresores se han definido en la literatura como «de poca magnitud, poco comunes, inusuales o atípicos». Algunos ejemplos incluyen películas, series animadas, ingesta de alimentos descompuestos y otras experiencias del día a día. Existe evidencia de que los estresores atípicos pueden generar síntomas compatibles con un TEPT. Para ilustrar lo anterior, se presenta el caso clínico de un paciente en edad pediátrica en el que se desarrolló un TEPT tras exponerse a un estresor atípico.

Caso clínico

Paciente varón de 13 años, cursando sexto año de educación básica, al llevaron a consulta 1 año después de ver un vídeo durante la noche, en compañía de su madre, donde se relata la historia de la serie animada *Kick Buttowski*. En esta, el protagonista adquiere, por un pacto fáustico con *Lucifer*, parte de la indumentaria de este a cambio de su alma. El cuadro se inició con episodios recurrentes de ansiedad, sensación de muerte, despersonalización, desrealización, temblores, palpitaciones, disnea, taquicardia y llanto fácil, que duraban aproximadamente 15 min y se repetían 3-4 veces al día. Esto causaba al paciente, además de síntomas disautonómicos, terror y

angustia en sus periodos intercríticos e incapacidad para permanecer solo en casa, dormir solo y apagar las luces. Esto se asociaba con insomnio de conciliación, pesadillas, fenómenos de rememoración y conductas evitativas relacionadas con el contenido del vídeo, evidenciadas en actos como dejar de ver la televisión, deshacerse de los videojuegos y evitar cualquier conversación referente a la situación o a contenidos relacionados, hasta la imposibilidad de nombrar el título de este vídeo. Afirmaba: «Ese vídeo es demoníaco; nunca lo debí ver».

El paciente es hijo único, producto de una gestación pretérmino en la que la madre sufrió depresión, sin otras complicaciones. Nació por cesárea debido a circular a cuello y estado fetal insatisfactorio, con un Apgar normal. Tuvo un desarrollo psicomotor normal, con un rendimiento escolar normal. Las relaciones interpersonales se describían como buenas. El paciente convivía con sus padres y la dinámica familiar era adecuada. El padre tiene rasgos de personalidad obsesiva. Hay antecedentes de trastorno afectivo bipolar tipo I, alcoholismo y demencia en tíos y abuelos.

El examen físico, los análisis de laboratorio, la evaluación cognitiva y la tomografía computarizada cerebral se informaron normales. Al examen mental se evidenció: una actitud no colaboradora en la entrevista, temerosa, con ideas fóbicas y rememoraciones respecto al vídeo. No había alucinaciones o conductas alucinatorias. En consecuencia, se diagnosticó como fobia específica y se indicó tratamiento con fluvoxamina 100 mg/día durante 3 meses.

A los 6 meses de tratamiento, cuando fue conocido por los autores, se evidenciaba mejoría parcial, con mayor tolerancia a la soledad, resolución del temor a la oscuridad y mayor capacidad para afrontamientos leves frente al evento. Se continuó con el mismo tratamiento y se añadió psicoterapia, pero el paciente no continuó con los controles.

Debido a la presencia de síntomas desencadenados por la exposición a un evento específico percibido de modo aberrante y los síntomas ansiosos y disociativos, las ideas intrusivas y los comportamientos evitativos asociados, junto con el deterioro de las esferas social y familiar, se cambió el diagnóstico a TEPT.

Discusión

Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de TEPT secundario a un estresor atípico. Inicialmente se hizo el diagnóstico de trastorno de ansiedad fóbico con agorafobia,

trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico, pero las manifestaciones clínicas indicaban la posibilidad de un TEPT.

Actualmente hay controversia alrededor de la definición del evento estresor en TEPT. El DSM-IV y el DSM-V realizaron cambios sustanciales a la definición del criterio A, que es menos específico en la última versión, pero sin cambiar al concepto de estresor¹³⁻¹⁶. Hoy se excluye que haya un grupo de estresores que no cumplen la definición histórica, sin tomar en cuenta los reportes de casos de TEPT secundarios a los denominados estresores de «baja magnitud, eventos inusuales, poco comunes o atípicos», poco estudiados en la población pediátrica^{17,18}, lo que da lugar a la discusión al menos con este grupo de pacientes.

Diversos estudios relacionan el TEPT con eventos tales como secuestros, violaciones, atentados terroristas, guerras y eventos catastróficos en población tanto adulta como pediátrica¹⁹⁻²³. Sobre los estresores atípicos en la población adulta, están los reportes de caso de una neurosis asociada con ver la película *El exorcista* en 1975²⁴ y el del caso de un varón de 47 años al que se diagnosticó este trastorno tomando como estresor haber ingerido una barra de chocolate infestada de gusanos⁴.

Los reportes de los estresores atípicos en población pediátrica son menos frecuentes. Se encontraron 2 artículos respecto a estresores atípicos que generaron este trastorno en niños. En un estudio realizado en Irán en 2013, se estudió a 84 pacientes de 6 a 11 años y se encontró que el 33% tenía síntomas compatibles con TEPT relacionado con presenciar eventos violentos o catastróficos en televisión, entre los que se encontraban películas, noticias y animaciones¹⁷. En un estudio de 2010 sobre una muestra de 1.420 niños de 9-13 años, se les aplicó el *Adolescent Psychiatric Assessment* (CAPA) para tamizar y clasificar la exposición a estresores de alta y baja magnitud. Se utilizaron 15 ítems para la evaluación de los estresores de baja magnitud, entre ellos la pérdida de un ser querido, la separación de los padres, la mudanza, el inicio de clases en un nuevo colegio y la ruptura de una relación amistosa o amorosa entre otros. Luego se evaluó si tenían síntomas como rememoración o evitación y síntomas autonómicos relacionados con la exposición. Se encontró que los estresores de «baja magnitud» fueron más prevalentes a pesar de que la proporción de síntomas en ambos grupos fue similar¹⁸.

Además, en un estudio de 2013 se encontró que el criterio A2 del DSM-IV tenía más sensibilidad, con un valor predictivo negativo alto, sobre la aparición del estrés postraumático en niños, y da importancia a la perspectiva emocional de cada estresor en la población pediátrica²⁵. Teniendo en cuenta este caso, los autores consideran que no se debe catalogar un estresor solamente desde una mirada histórica, ya que se puede caer en una perspectiva reduccionista²⁶, sino teniendo en cuenta otras variables como el contexto social, la edad, el sexo, la resiliencia, la perspectiva propia e incluso la nacionalidad, entre otros²⁷⁻³². Se propone analizar los casos pediátricos como un complejo entrecruzamiento de variables, donde una de las más importantes es la interpretación que cada paciente hace del evento según su historia de vida y su contexto social, y no por una característica inherente al estresor en sí³³.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013.
2. Pérez-Olmos I, Fernández-Piñeres PE, Rodado-Fuentes S. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca, Colombia. *Rev Salud Publica*. 2005;7:268-80.
3. Gil-Iñiguez A. Intervención en un caso de trastorno de estrés postraumático por violencia sexual. *Psicol Clin Niños Adolesc*. 2016; 2016;3:75-80.
4. Christensen RC. The development of posttraumatic stress disorder following an unusual life event: a case report. *Innovat Clin Neurosci*. 2012;9:26.
5. Alejo EG, Rueda G, Ortega M, Orozco LC. Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Universitas Psychologica*. 2007;6:623-35.
6. Sinisterra M, Figueroa F, Moreno V, Robayo M, Sanguino J. Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar Bogotá. Colombia 2007. *Psychologia*. 2010;4:83-97.
7. Suárez RS. Trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión en adolescentes y adultos expuestos al conflicto armado en Colombia 2005-2008. *Medicina*. 2016;38:134-56.
8. Mol SS, Arntz A, Metsemakers JF, Dinant GJ, Vilters-Van Montfort PA, Knottnerus JA. Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: Evidence from an open population study. *Br J Psychiatry*. 2005;186:494-9.
9. Willard VW, Long A, Phipps S. Life stress versus traumatic stress: The impact of life events on psychological functioning in children with and without serious illness. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2016;8:63.
10. Lancaster SL, Melka SE, Rodriguez BF. An examination of the differential effects of the experience of DSM-IV defined traumatic events and life stressors. *J Anxiety Disord*. 2009;23:711-7.
11. Weathers FW, Keane TM, The Criterion A. problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *J Traum Stress*. 2007;20:107-21.
12. Long ME, Elhai JD, Schweinle A, Gray MJ, Grubaugh AL, Frueh BC. Differences in posttraumatic stress disorder diagnostic rates and symptom severity between Criterion A1 and non-Criterion A1 stressors. *J Anxiety Disord*. 2008;22:1255-63.
13. Larsen SE, Pacella ML. Comparing the effect of DSM-congruent traumas vs. DSM-incongruent stressors on PTSD symptoms: A meta-analytic review. *J Anxiety Disord*. 2016;38:37-46.
14. Gold SD, Marx BP, Soler-Baillo JM, Sloan DM. Is life stress more traumatic than traumatic stress? *J Anxiety Disord*. 2005;19:687-98.
15. Larsen SE, Berenbaum H. Did the DSM-5 improve the traumatic stressor criterion?: association of DSM-IV and DSM-5 criterion a with posttraumatic stress disorder symptoms. *Psychopathology*. 2017;50:373-8.
16. Roberts AL, Dohrenwend BP, Aiello AE, et al. The stressor criterion for posttraumatic stress disorder: does it matter? *J Clin Psychiatry*. 2012;73:264-70.

17. Kousha M, Tehrani SM. Normative life events and PTSD in children: How easy stress can affect children's brain. *Acta Medica Iranica*. 2013;47-51.
18. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Posttraumatic stress without trauma in children. *Am J Psychiatry*. 2010;167:1059-65.
19. Hinojos-Gallardo LC, Ruiz-Escalona L, Cisneros-Castolo M, Mireles-Vega E, Pando-Tarín GA, Bejarano-Marín JM. Estrés postraumático en la población pediátrica atendida en el Hospital Infantil del estado de Chihuahua. México. *Bol Med Hosp Infantil México*. 2011;68:290-5.
20. Pérez-Olmos I, Ibáñez-Pinilla M, Penaranda LAJ. Follow-up of child war-related post-traumatic stress disorder and other psychiatric disorders in two exposed towns in Cundinamarca. Colombia. *Mind Brain*. 2012;3.
21. Gómez-Restrepo C, Cruz-Ramírez V, Medina-Rico M, Rincón CJ. Salud mental en niños desplazados por conflicto armado - Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. *Acta Esp Psiquiatr*. 2018;46.
22. Andrades Tobar M. Trastorno de estrés postraumático y crecimiento postraumático en niños y adolescentes afectados por el terremoto del año 2016 en Chile. 2016.
23. Castro Sáez M, Martínez Pérez A, López-Soler C, López-García JJ, Alcántara-López M. Trastorno por estrés postraumático en niños españoles maltratados. *Ciencias Psicológicas*. 2019;13:378-89.
24. Bozzuto JC. Cinematic neurosis following "The Exorcist": Report of four cases. *J Nerv Mental Dis*. 1975.
25. Verlinden E, Schippers M, Van Meijel EP, et al. What makes a life event traumatic for a child? The predictive values of DSM-Criteria A1 and A2. *Eur J Psychotraumatology*. 2013;4:20436.
26. Maristan Scayola S. Locura, enfermedad y salud mental: significaciones y contextos socio-históricos en los procesos de reformas. 2016.
27. Zapardiel Fernández A. Estrés postraumático, depresión y ansiedad a largo plazo en víctimas de atentados terroristas. 2016.
28. Cova F, Valdivia M, Rincón P, et al. Estrés postraumático en población infantojuvenil post 27F. *Rev Chile Pediatr*. 2013;84:32-41.
29. Arenas MC, Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*. 2009;3:20-9.
30. van den Berg LJ, Tollenaar MS, Spinhoven P, Penninx BW, Elzinga BM. A new perspective on PTSD symptoms after traumatic vs stressful life events and the role of gender. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8:1380470.
31. Bensimon M, Solomon Z, Horesh D. The utility of Criterion A under chronic national terror. *Israel J Psychiatr Relat Sci*. 2013;50:81-3.
32. Bridgland VM, Moeck EK, Green DM, et al. Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor. *Plos One*. 2021;16:e0240146.
33. Reavell J, Fazil Q. The epidemiology of PTSD and depression in refugee minors who have resettled in developed countries. *J Mental Health*. 2017;26:74-83.