

Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto"

A propósito de un caso con estrés postraumático en el medio militar

My. Reynol Arturo Moreno Puebla,¹ My. René Esteban Ventura Velázquez,² Dra. Ivonne Ortega Pérez,³ Tte. Manuel Correa Jauregui⁴ y Dr. Mario Díaz Jorge⁴

RESUMEN

Se presentan los datos clínicos de un paciente al que se le diagnosticó un trastorno de estrés postraumático, enfermedad esta de gran importancia para la medicina militar ya que es junto al trastorno por estrés agudo, la afección psiquiátrica más frecuente como consecuencia de la guerra. Se hace un recuento de los antecedentes históricos que permitieron llegar al concepto actual del trastorno de estrés postraumático, así como sus criterios diagnósticos, epidemiología y tratamiento. A esta enfermedad se le puede estudiar y modelar la intervención terapéutica ya que un grupo de eventos de alta potencialidad psicotraumática ocurre en la vida civil, lo que posibilita su condición de síndrome paralelo. El acercamiento teórico al tema se realizó sobre la base de una revisión de las más recientes publicaciones al respecto.

Palabras clave: Estrés postraumático, trauma.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) desde su descripción en 1889 por *Oppenheim* como neurosis traumática, siempre ha estado relacionado con situaciones de enfrentamientos bélicos. Con el paso de los años se han relacionado determinadas alteraciones psíquicas con la aparición de diferentes situaciones traumáticas que ocurren en la vida civil, como: catástrofes naturales, violaciones o agresiones sexuales y con relativa frecuencia con los accidentes de tránsito de tipo grave o con riesgo para la vida.

Este trastorno requiere para su diagnóstico la presencia de síntomas en los 3 aspectos siguientes: evocación reiterada del acontecimiento traumático, reducción del nivel general de respuesta a estímulos y el aumento del estado de vigilia. Todo esto conlleva a una disminución del ajuste social. A estos 3 criterios se les denomina criterios B, C y D.

El TEPT se relaciona con eventos traumáticos de gran impacto para las personas que sufren de este. Hay individuos que pueden superar el evento y otros que quedan con secuelas psíquicas, sin poder superar la situación traumática.

Se deben considerar 2 factores que influyen en la aparición del estrés postraumático y que están íntimamente ligados, estos son: el grado y proporción del trauma y las características del individuo que lo ha experimentado.¹

Se ha descrito, además, en los veteranos de conflictos bélicos con TEPT una mayor frecuencia de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, de ansiedad, somatización y depresiones al compararlos con la población general.

La prevalencia de por vida reportada en veteranos de distintas contiendas bélicas es entre el 20 y el 30 %.^{2,3} En víctimas civiles de accidentes, catástrofes naturales y otros se

encuentra entre el 10 y el 30 %, ⁴⁻⁷ en las violaciones las tasas llegan a ser mayores del 50 %.⁸ La prevalencia estimada en la población general es del 3-6 %.

Con respecto a la relación causal entre los factores premórbidos y el desarrollo de TEPT, no existe acuerdo en la literatura médica, aunque al parecer la presencia de trastornos de ansiedad y algunos rasgos de personalidad, aumentan el riesgo de padecer TEPT después de un evento traumático.⁹⁻¹²

La desaparición de los síntomas puede facilitarse gracias a lo que se denomina “variables de contención social”, entre las que se incluye: la reinserción en la vida social y laboral, la comprensión de la sociedad por lo sucedido y la imagen del excombatiente ante la comunidad, entre otros factores. Es importante también la apreciación que el individuo tiene sobre su calidad de vida.¹³

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta un caso diagnosticado recientemente por presentar TEPT luego de 18 años de evolución tratado por otros diagnósticos.

Paciente del sexo masculino de 52 años de edad, casado, con 2 hijos, 12^{mo} grado de escolaridad, sin vínculo laboral en el momento de la entrevista, con antecedentes de múltiples afecciones somáticas y de haber sido evacuado de Angola en el año 1987 donde permaneció 22 meses como caravanero, con el diagnóstico de estado reactivo con persistencia de ligeros síntomas a pesar del tratamiento. Refiere además que desde su llegada a Cuba nunca volvió a ser el mismo porque ha venido presentando episodios de ansiedad y depresión. Se ha ingresado en varios centros hospitalarios, con tratamiento antidepressivo y ansiolítico, y diferentes diagnósticos. Ahora se trae al servicio de psiquiatría para definir su estado de salud y determinar posible grado de invalidez laboral.

Al ingreso refirió ansiedad, tristeza, trastorno del sueño (pesadillas), poco o ningún deseo de hacer las cosas, revive con frecuencia los acontecimientos experimentados en Angola, en forma de imágenes muy vívidas, se despierta en la noche con sueños que recuerdan pasajes vividos durante sus viajes en caravana, experimenta malestar psicológico intenso al exponerse a situaciones que en alguna medida simbolizan el acontecimiento traumático (ejemplo: seriales de televisión sobre la guerra, situaciones de catástrofe), responde de forma desmedida, con respuesta exagerada de sobresalto e irritación cuando se habla del tema, se aísla de los que le rodean (sensación de desapego). Tiene por ello dificultades en sus relaciones familiares porque se siente incomprendido y no logra estabilidad en su trabajo.

APF madre: diabetes mellitus y “problemas de los nervios”.

Padre: gota

APP:

- Atención por psiquiatría desde hace 18 años.
- Diabetes mellitus compensada desde hace 4 años.
- Trombosis venosa en miembro inferior izquierdo hace 5 años.

- Trauma craneal hace 6 años con fractura de base de cráneo con epilepsia postraumática como secuela.

Interrogatorio por aparato (reportado los elementos positivos):

- Sistema nervioso: cefalea ocasional.
- Hábitos tóxicos: fumador de más de 40 años de 1½ caja de cigarros.

Examen físico:

- Piel: cambio de coloración en tercio inferior de pierna izquierda.

Examen psiquiátrico:

- Funciones de relación: evita las relaciones con los demás, se muestra poco comunicativo, retraído. El paciente tiene crítica de la enfermedad.
- Esfera afectiva: hipotimia, ansiedad subjetiva y objetiva, labil afectivamente, irritabilidad.
- Esfera conativa: insomnio mixto, pesadillas recurrentes (en relación con la guerra), anorexia, disminución del deseo sexual.
- Nivel de funcionamiento: neurótico.

Evaluación psicológica:

Aparece una capacidad intelectual promedio inferior, subrindiendo. Hay signos de organicidad. Personalidad de rasgos acentuados: sensitivo, obsesivo, liberal, tímido.

COMENTARIOS

La participación en acciones bélicas no solo se ha relacionado con la presencia de TEPT a largo plazo, sino también de otros trastornos psiquiátricos, de los que se han asociado más frecuentemente los trastornos de estado de ánimo, el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos de ansiedad y las toxicomanías. Además los individuos que han sufrido TEPT tienen un riesgo aumentado de padecer otros trastornos psiquiátricos.^{14,15} La participación en actividades combativas también se ha relacionado con la presencia de psicopatología al momento de la entrevista.¹⁶ Estos factores y el hecho de que el estrés postraumático sea una entidad nosológica subdiagnosticada, conllevó a que este paciente presentara este trastorno por muchos años, sin que fuera diagnosticado adecuadamente.

En el caso que se presenta, el diagnóstico se realizó atendiendo a que cumple con los criterios diagnósticos tanto de la Clasificación Internacional de Enfermedades como con los criterios diagnósticos de la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana.

Para mostrarlo de manera más comprensible se expone en un cuadro los síntomas que muestran el cumplimiento de los 3 criterios diagnósticos más importantes. El número entre paréntesis significa la cantidad de síntomas necesarios en dicho criterio.

Cuadro. Criterios diagnósticos

Criterios	Grupo de síntomas	Síntomas
B (1)	Reexperimentación	Pesadillas
C (3)	Evitación	<ul style="list-style-type: none"> • Restricción de la vida afectiva • Evitar lugares que le recuerden el acontecimiento • Evitar seriales de televisión relacionados con la guerra • Sensación de desapego
D (2)	Aumento de la activación	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Irritabilidad • Respuesta exagerada de sobresalto

Como puede verse no solo cumple con la cantidad de síntomas requerido sino que además en algunos criterios el número de síntomas es incluso en una puntuación mayor que la necesaria.

SUMMARY

About a case of post-trauma stress disorder in the military context

The clinical data of a patient diagnosed with post-trauma stress disorder were presented. This disease is of great importance for military medicine since it is, together with acute stress disorder, the most frequent psychiatric affection resulting from war. An account of the historical antecedents of the present concept of post-trauma stress disorder as well as diagnostic criteria, epidemiology and treatment was made. The therapeutical intervention for this disease may be studied and modeled since a group of events of high psychotraumatic potentiality occurs in civil life, which favors the condition of parallel syndrome of this disease. Theoretical approach to the topic was based on a review of the most recent publications dealing with this subject.

Key words: Post-trauma stress, trauma

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gilaberte F, Baca E. Trastorno por estrés post-traumático: estudio en una población de riesgo. Arch Psiquiatría. 2000;62(3):259-272.
2. Eisen SA, Griffith KH, Xian H, Scherrer JF, Fischer ID, Chantarujikapong S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of psychiatric disorders in 8,169 male Vietnam War era veterans. Mil Med. 2004 Nov;169(11):896-902.
3. Seedat S, Le Roux C, Stein DJ. Prevalence and characteristics of trauma and post-traumatic stress symptoms in operational members of the South African National Defense Force. Mil Med. 2003;168(1):71-5.
4. Gregurek R, Vukusic H, Pavic L, Varda R, Danic S, Gruden V, et al. Diagnostic and therapeutic guidelines for posttraumatic stress disorders. Lijec Vjesn. 2002;124(5):115-22.
5. Goenjian A. Prospective Study of Posttraumatic Stress, Anxiety, and Depressive Reactions After Earthquake and Political Violence. J Psychiatry. 2000;157:911-895.
6. Galea S, Ahern J, Resnick H, Kilpatrick D, Bucuvalas M, Gold J, et al. Psychological sequel of the September 11 terrorist attacks in New York City. N Eng J Med. 2002; 346 (13):982-7.

7. Novaco RW, Chemtob CM. Anger and combat-related posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2002;15(2):123-32.
8. Foa EB, Street GP. Women and traumatic events. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(Suppl 17):29-34.
9. Axelrod SR, Morgan CA 3rd, Southwick SM. Symptoms of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder in veterans of Operation Desert Storm. *Am J Psychiatry*. 2005 Feb;162(2):270-5.
10. Freedman SA, Gluck N, Tuval-Mashiach R, Brandes D, Peri T, Shalev AY. Gender differences in responses to traumatic events: a prospective study. *J Trauma Stress*. 2002;15(5):407-13.
11. Han K, Kang, Kenneth C, Hyams. Mental health care needs among recent war veterans. *The New England Journal of Medicine*. 2005;352(13):1289.
12. Black DW, Carney CP, Forman-Hoffman VL, Letuchy E, Peloso P, Woolson RF, et al. Depression in veterans of the first Gulf War and comparable military controls. *Ann Clin Psychiatry*. 2004 Apr-Jun;16(2):53-61.
13. D'Ardenne P, Capuzzo N, Fakhoury WK, Jankovic-Gavrilovic J, Priebe S. Subjective quality of life and posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2005 Jan;193(1):62-5.
14. Goenjian A. Prospective Study of Posttraumatic Stress, Anxiety, and Depressive Reactions After Earthquake and Political Violence. *J. Psychiatry*. 2000;157:911-895.
15. Freedman SA, Gluck N, Tuval-Mashiach R, Brandes D, Peri T, Shalev AY. Gender differences in responses to traumatic events: a prospective study. *J Trauma Stress*. 2002;15(5):407-13.
16. Breslau N, Davis GC, Schultz LR. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(3):289-94.

Recibido: 27 de diciembre de 2005. Aprobado: 30 de enero de 2006.

My. *Reynol Arturo Moreno Puebla*. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Avenida Monumental, Habana del Este, CP 11 700, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar.

²Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Asistente.

³Especialista de I Grado en Psiquiatría. Profesora Asistente.

⁴Residente de Psiquiatría.