

El estrés postraumático, un diagnóstico a tener en cuenta

The post-traumatic stress, a diagnosis to be taking into account

Dr. Miguel Ojeda Vicente,^I Dra. Daylene García Abreu^{II}

^I Especialista de I Grado en Psiquiatría. Máster en Ciencias en Salud Pública. Instructor. Hospital General Docente "Manuel Fajardo Rivero". Complejo Cultural Abel Santamaría. Santa Clara. Villa Clara, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Psiquiatría. Hospital General Docente "Manuel Fajardo Rivero". Complejo Cultural Abel Santamaría. Santa Clara. Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

Se describen los datos clínicos de un paciente con estrés postraumático que se mantuvo aparentemente asintomático 18 años y aparece la sintomatología tras una experiencia cotidiana. Se aborda una entidad nosológica de relevancia creciente. Para la mejor descripción se efectuó una revisión bibliográfica de las publicaciones más recientes sobre el tema. El objetivo de este estudio consistió en mostrar que el trastorno de estrés postraumático es una condición de salud a tener en cuenta en toda persona con vivencias emocionales intensas, de tal manera que el diagnóstico pueda realizarse precozmente. Se concluye que en este caso, el trastorno por estrés postraumático estuvo presente desde un inicio de forma parcial y se agudizó tras una circunstancia determinada adoptando todos los síntomas necesarios para su presentación típica.

Palabra clave: trastorno de estrés postraumático.

ABSTRACT

The clinical data from a patients presenting with post-traumatic stress apparently asymptomatic for 18 years and symptomatology appears after 18 years of the routine experience. An increasing significant disease entity is approached. To a better description a bibliographic review of the more recent publications on this subject is

carried out. The objective of present paper was to demonstrate that the post-traumatic stress disorder is a health condition to be taken into an account in a person with intensive emotional experience to make an early diagnosis. We conclude that in present case, the posttraumatic stress disorder was initially present in a partial way increasing after a determined circumstance adopting all symptoms necessary for its typical presentation.

Key words: post-traumatic stress disorder.

INTRODUCCIÓN

El término trastorno por estrés postraumático (TEPT), es empleado por primera vez en la clasificación norteamericana DSM-III, bajo la influencia de la presión social desencadenada por las severas alteraciones psiquiátricas presentadas por los veteranos de la guerra de Vietnam. Esto no significa que la sintomatología que caracteriza este cuadro clínico se describió por primera vez en esta clasificación. Un cuadro similar fue descrito en 1666 por Samuel Pepys, tras el gran incendio de Londres. Erichsen en 1866, estudiando víctimas de desastres ferroviarios, también observó síntomas análogos a los empleados actualmente para el diagnóstico, en especial describió manifestaciones psicósomáticas. Fue Herman Oppenheim en 1889, quien introdujo el término de «neurosis traumática» y posteriormente en 1947 Kardiner emplea el término de "neurosis de guerra".^{1,2}

Esta sintomatología siempre se relacionó con eventos psicotraumáticos de toda índole aunque inicialmente para su diagnóstico se requería de un evento psicotraumático de gran magnitud, rápidamente se describió en situaciones de menor magnitud y más relacionadas con la vulnerabilidad del individuo que del agente estresor. Así se observó la sintomatología en maestros de escuelas públicas conflictivas (Bloch, 1978) y parejas divorciadas (José Luis González de la Rivera, 1990).^{1,2}

La descripción en accidentes comenzó en 1866, por los estudios ya citados de Erichsen y cobró mayor notoriedad en 1981 con los estudios de Horowitz en supervivientes de accidentes.

La prevalencia de por vida reportada en víctimas civiles de accidentes se encuentra entre el 10 y el 30 %.³⁻⁶

Dos factores influyen en la aparición del estrés postraumático y están íntimamente ligados, estos son: el grado y proporción del trauma y las características del individuo que lo ha experimentado.⁷

Los antecedentes familiares de psicopatología son cada vez más relacionados con la vulnerabilidad a sufrir el TEPT.⁸

Se expone el diagnóstico de un paciente con un TEPT, tras sufrir un accidente ferroviario, que presenta antecedentes psicopatológicos familiares, características poco comunes en su cuadro sintomático y una forma tardía de aparecer las manifestaciones más floridas del trastorno, con el objetivo de mostrar que se trata de

una condición de salud a tener en cuenta en toda persona con vivencias emocionales intensas, de tal manera que el diagnóstico pueda realizarse precozmente.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 38 años de edad, casado, trabajador por cuenta propia, 12 grado de escolaridad. Con antecedentes patológicos personales de varicela y parotiditis durante la infancia, así como hepatitis viral tipo A; sufrió de meningoencefalitis bacteriana a los 12 años y fractura del húmero y base de la órbita a los 20 años en un accidente ferroviario.

Acude a consulta y refiere ansiedad, tristeza, pérdida de peso, acidez, punzadas en el pecho, sensación de falta de aire, episodios breves de visión doble y frecuentes pesadillas e insomnio. Plantea haber perdido la confianza en sí mismo, la capacidad para decidir con seguridad y la motivación para emprender nuevas o cotidianas tareas, y siente deseos de llorar por situaciones que antes no lo provocaban como algunos programas de televisión. Le preocupa el hecho de no comprender la causa de los síntomas, al alegar no existir razón alguna para sentirse así. Describe como dato significativo que toda la sintomatología se inició a partir de un breve viaje de visita a su hermana en Colombia.

APF:

- Padre se suicida tras sufrir durante varios años de una depresión endógena.
- Abuela paterna fallecida, sufrió de manifestaciones psicóticas por un período prolongado.

APP:

- Varicela, parotiditis y hepatitis viral tipo A durante la infancia.
- Meningoencefalitis bacteriana a los 12 años de edad.
- Fractura del húmero y base de la órbita a los 20 años de edad.

Examen psiquiátrico:

- Sensopercepción: *flash-back* (en algunas ocasiones cuando existe un silencio prolongado escucha, por fracciones de segundo, los gritos que percibió durante el accidente ferroviario).
- Funciones de relación: evita estar solo, usar elevadores y ver programas o películas que aborden catástrofes. El paciente tiene crítica de enfermedad.
- Esfera afectiva: ansiedad subjetiva y objetiva, hipotimia, labilidad afectiva.
- Esfera conativa: insomnio mixto, pesadillas recurrentes (donde se reitera la temática de accidentes en diferentes medios de transportes), anorexia y disminución del deseo sexual.
- Nivel de funcionamiento: neurótico.

Evaluación psicológica:

- Inteligencia normal-alta. Personalidad con rasgos ansiosos acentuados.

COMENTARIOS

Los datos clínicos anteriores podrían dar dudas diagnósticas, por lo que es importante comentar las particularidades que conllevaron al diagnóstico y añadir algunos aspectos que ayudaron al entrevistador a pensar en el TEPT.

El recuento del paciente sobre las características del accidente ferroviario sufrido hace 18 años, esclarece e induce a pensar en el TEPT. Según refiere el paciente en abril de 1991 tras salir de pase de la escuela de cadetes y volver a su provincia en tren, este se descarrila en la localidad de Manacas; el paciente viajaba dormido y despierta de forma súbita por el estruendo del descarrilamiento que ocurrió a las 4.00 a.m.; recuerda escuchar el sonido del coche viajando sobre las traviesas y gravillas del terreno, hasta que queda atrapado por el tren con su cabeza fuera del coche y sobre las gravillas del terreno. Relata con significativa emoción que sintió un silencio que se interrumpió por los gritos de los viajeros. El paciente permaneció atrapado en esa posición hasta las 7.00 a.m. en que fue rescatado una vez que se logró traer una antorcha para cortar las partes del coche que le impedían salir. Durante las 3 h que permaneció atrapado no tenía visibilidad por la posición y la oscuridad, solo escuchaba los gritos y quejidos de otras víctimas.

Remitido al Hospital Militar de Santa Clara, por su condición de cadete, requirió atención por ortopedia y oftalmología por sufrir de fractura del húmero izquierdo y del piso de la orbita del ojo derecho, que le provocaba una diplopía, respectivamente. Tras sufrir varias intervenciones quirúrgicas se recupera rápidamente en su aspecto somático. Recibe solo una consulta por psiquiatría y esta no estuvo motivada por síntomas del paciente, fue a solicitud de los familiares que no se atrevían a informarle que su amigo de la secundaria y compañero de la escuela de cadetes que viajaba a su lado había muerto.

A pesar de revivir los gritos escuchados cuando el accidente, de comenzar a temerle a los elevadores, de evitar permanecer solo y ver películas y programas televisivos sobre catástrofes continuó una vida aparentemente normal y no solicitó ayuda profesional; con el tiempo refiere que se transportó en trenes y otros medios sin sentir síntoma alguno, solo señala que nunca más se ha podido dormir viajando.

En agosto de 2009 aborda un avión con destino a Colombia para visitar a su hermana, por primera vez viaja en un avión y una vez en vuelo comienza a sentir falta de aire e inquietud motora marcada. Durante su breve estancia en Colombia refiere no haber disfrutado esta, pues de forma recurrente pensaba en el regreso en avión. En opinión del entrevistador lo más llamativo resultó que al preguntarle al paciente si temía que el avión se estrellara o cayera al mar, la respuesta fue que su mayor temor era quedar atrapado sin poder salir del avión después que este cayera; a pesar de lo improbable y casi imposible de que esto sucediera y reconocer que resultaba poco lógico, no podía evitar el temor.

Desde su estancia en Colombia y aun después de su regreso a Cuba presentó insomnio, pesadillas frecuentes sobre accidentes, ansiedad, hipotimia, se quejaba de tornarse indeciso y desmotivado, con anorexia, pérdida de peso que no puede precisar, labilidad afectiva y períodos breves de diplopía.

En esta ocasión sí acude a la consulta de psiquiatría y es durante la entrevista que confrontado con los antecedentes del accidente y la similitud de los síntomas comprende la relación de su estado actual y el psicotrauma sufrido en 1991.

Criterios para el diagnóstico

Al valorar la descripción clínica se cumplen los criterios diagnósticos para el TEPT según varias clasificaciones internacionales, y al considerar la clasificación internacional más reciente, la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, se puede observar cómo se cumplen todos los criterios diagnósticos de investigación:⁹

- Criterio A: existe el antecedente de haber estado expuesto a una situación prolongada de naturaleza excepcionalmente amenazadora, que podría causar profundo malestar en casi todo el mundo.
- Criterio B: sufre de *flash-back* y sueños recurrentes sobre accidentes.
- Criterio C: se mantiene una conducta de evitación frecuente a la soledad y a circunstancias parecidas al evento estresante, todo esto después del accidente.
- Criterio D: presencia de insomnio mixto y labilidad afectiva.
- Criterio E: se cumple la condición de un comienzo tardío al vivenciar una circunstancia nueva pero semejante al viaje en tren de abril de 1991.

Es probable que el TEPT apareciera en el paciente casi desde el accidente sufrido, por la conducta de evitación y la reexperimentación, pero no era evidente un aumento de la activación, esto se produjo 18 años después tras una vivencia particularmente parecida. Este trastorno reviste una gran importancia por su presentación como consecuencia de las guerras.

Se concluye que en este caso, el TEPT estuvo presente desde un inicio de forma parcial y se agudizó tras una circunstancia determinada adoptando todos los síntomas necesarios para su presentación típica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González de Rivera JL. El síndrome postraumático de estrés: una revisión crítica. Psiquiatría legal y forense. Madrid: Ed Colex; 1994. p. 1-10.
2. Ventura Velásquez R, Bravo Collazo T, Hernández Tápanes S. Trastorno por estrés postraumático en el contexto médico militar. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2005 Dic [citado 20 Abr 2010] ; 34(4): Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572005000400009&lng=es
3. 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.
4. Goenjian A. Prospective Study of Posttraumatic Stress, Anxiety, and Depressive Reactions after Earthquake and Political Violence. J Psychiatry. 2000; 157: 895-911.

5. 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.
6. Novaco RW, Chemtob CM. Anger and combat-related posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress. 2002; 15(2): 123-32.
7. Gilaberte F, Baca E. Trastorno por estrés post-traumático: estudio en una población de riesgo. Arch Psiquiatría. 2000;62(3):259-72.
8. Reyes Pérez S, Ventura Velásquez RE. Eventos vitales y estrés postraumático en rescatistas de Ciudad de La Habana, entre junio y diciembre de 2007. ISMM. "Dr. Luis Díaz Soto". [Tesis] Ciudad de La Habana, 2008.
9. Asociación Psiquiátrica de América Latina: Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico (GLADP). América Latina, 2003. [Internet]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/guia_latinoamericana_diagn_psiq_gl_adp.pdf

Recibido: 20 de abril de 2011.
Aprobado: 26 de mayo de 2011.

Dr. *Miguel Ojeda Vicente*. Hospital General Docente "Manuel Fajardo Rivero".
Complejo Cultural Abel Santamaría. Santa Clara. Villa Clara, Cuba.