



Alteraciones psicopatológicas en adultos y menores

Antonio Ceverino Domínguez.

Psiquiatra. Fundación “Instituto Victimología”.

Introducción: crisis, estrés, trauma

Es frecuente asociar la idea de **crisis** con dificultad, riesgo y peligro. Sin embargo, la esencia del concepto está más próxima a la de cambio crucial, significativo o determinante. El término fue usado por Hipócrates para referirse al momento en el que una enfermedad cambia su curso, para bien o para mal. Siguiendo a González de Rivera (1) podemos entender la crisis como *una experiencia puntual que fuerza al individuo a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida*.

Desde que Cannon y Selye definieran el **estrés** fisiológico se le han atribuido significados diversos, como los de sobrecarga, exigencia exagerada, respuesta normal a situaciones anormales e, incluso, contrapartida fisiológica de la ansiedad. Existen tres tipos de factores que intervienen en el estrés:

- a) Factores externos de estrés: circunstancias y acontecimientos del entorno que exigen un esfuerzo inhabitual del organismo para adaptarse a ellos.
- b) Factores internos de estrés: depende de la respuesta automática del organismo ante esas exigencias externas
- c) Factores moduladores: variables del individuo o del medio que modifican la interacción entre factores externos e internos.

La morbilidad relacionada con el estrés depende de la intensidad y duración de los factores externos, de la reactividad individual y vulnerabilidad interna, y de los condicionantes (“moduladores”) que inhiben o fortalecen los mecanismos de adaptación. Cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con máxima eficiencia, éste percibe la situación como peligrosa o desagradable, desencadenándose una reacción de lucha-huida y/o una reacción de estrés.

Aunque los conceptos de estrés y **trauma** suelen estar asociados, corresponden en realidad a fenómenos distintos. El estrés implica siempre una dinámica de resistencia, tensión y lucha, que persiste mientras los factores externos lo exigen, o mientras dura la resistencia del organismo. El trauma indica ya una ruptura, un fracaso de las capacidades de integración, una discontinuidad en la vida psíquica. Para que un estrés se convierta en traumático, es necesario que su intensidad o su naturaleza superen las capacidades de procesamiento del sistema nervioso, dando lugar a disrupciones permanentes en la organización del mundo interno.

Tipos de reacciones psicopatológicas postraumáticas

El desarrollo de una crisis sigue un proceso fásico. Siguiendo a Caplan (2) podemos diferenciar las siguientes fases:

- a) *Primera fase*: Shock o Impacto agudo. Algo ocurre, generalmente de manera súbita, o, por lo menos, eso le parece al sujeto, que se siente afectado profundamente, sin poder evitarlo ni superarlo de la manera habitual en que hace frente a otros problemas. Junto al estrés propio de

la situación, se añaden pronto sentimientos de confusión e impotencia, desamparo y desvalimiento. Inicialmente, cada individuo reacciona según sus pautas características de reactividad al estrés, entre las que predominan la ansiedad, la irritabilidad y las manifestaciones psicósomáticas.

- b) *Segunda fase:* Desorganización crítica. Cuando todas las estrategias habituales de afrontamiento y resolución de problemas fallan, la tensión emocional aumenta, hasta niveles insoportables. En este estado, diversas actividades pueden ser emprendidas, no para mejorar las cosas o resolver la situación, sino, simplemente, para escapar de ella para descargar la tensión acumulada. Así, no son infrecuentes en esta fase conductas psicopáticas o abuso de tóxicos, conductas autodestructivas y alteraciones emocionales bruscos. Característicamente, el sujeto despliega también actividades de búsqueda de ayuda, que pueden ser apropiadas y bien programadas, o “gritos de socorro” ineficaces y atropellados. Según empieza a hacerse evidente la insuficiencia de los recursos personales, y su disparidad con las exigencias de la situación, cada vez se hacen más prominentes sentimientos depresivos de indefensión y fracaso.
- c) *Tercera fase:* Resolución Esta fase es el núcleo central de la crisis, en la que se toma una decisión, que puede significar la salida a través de la creación de nuevos recursos personales y de un crecimiento interno apresurado, o, por el contrario, a través de la consolidación de mecanismos maladaptativos de evitación y retraimiento.
- d) *Cuarta fase:* Retirada final. Si la crisis no se resuelve, bien o mal, en las fases anteriores, se llega a la fase final, que parece en cierta forma análoga al estadio de agotamiento de la reacción general de adaptación de Selye. En este momento ya pueden evidenciarse alteraciones psicopatológicas postraumáticas de diversa presentación y evolución

Diversos estudios han demostrado que las víctimas de eventos traumáticos tienen niveles de salud mental inferiores al de la población general. Los aspectos psicopatológicos de las víctimas de acontecimientos traumáticos se han tendido a agrupar bajo el epígrafe del trastorno por estrés post-traumático (TEPT), de modo que un volumen muy importante de la investigación sobre el impacto psicotraumático se ha centrado, casi con exclusividad, en este síndrome. De cualquier forma, las consecuencias psicopatológicas de la exposición a una catástrofe o evento traumático no se limitan al TEPT, sino, sobre todo, existe un riesgo incrementado de trastornos de ansiedad y depresivos y otros trastornos psiquiátricos. Este malestar a menudo evoluciona hacia la cronicidad (2-4). Las alteraciones psicológicas posteriores a un acontecimiento traumático pueden adoptar la forma de distintos síndromes psicopatológicos. Lo que sigue es una descripción breve de los más habituales.

Reacciones de estrés agudo

Muy estudiadas en situaciones bélicas, en los soldados que pierden el control en el curso de la batalla (denominadas también, por estos motivos, “reacciones de estrés en combate”, “fatiga de la batalla” o “shock de batalla”). Incluye una serie polimorfa de respuestas conductuales, emocionales y cognitivas inducidas por la situación traumática en el momento agudo que impiden el funcionamiento del sujeto. Los síntomas pueden incluir estados disociativos, confusión, desorientación, respuestas inapropiadas o exageradas ante la menor amenaza, inquietud, agitación, estupor, lentificación motora, afectos incontrolados, síntomas conversivos y otras manifestaciones somáticas de ansiedad. Pueden incluir asimismo disminución del interés por cuestiones que eran habitualmente significativas para el sujeto, aislamiento y desconfianza (5).

Trastorno de pánico

Las personas lo sufren experimentan episodios de ansiedad muy aguda y brusca, recurrentes e inesperados, estados de miedo e incomodidad extrema que comienzan en forma abrupta y aumentan rápidamente hasta llegar a un pico. Los ataques de pánico están caracterizados por síntomas físicos como palpitaciones, sudor, temblores, falta de aire, sensación de ahogo, dolor de pecho, náusea, mareo, desorientación, adormecimiento, escalofrío y sofocos. Asimismo, los ataques de pánico normalmente vienen acompañados de una sensación de peligro inminente, miedo a perder el control o a morir o a volverse loco. Los ataques pueden ser provocados por eventos desencadenantes específicos o pueden surgir espontáneamente. Para que la persona reciba el diagnóstico de un trastorno de pánico, sus ataques deben estar seguidos de por lo menos un mes de preocupación constante ante la posibilidad de sufrir nuevos episodios, o bien, debe producirse un cambio significativo en el comportamiento o su nivel de actividad. Hasta la mitad de las personas a las que se les diagnostica un trastorno de pánico también sufren de agorafobia.

Fobias

Se definen como el miedo exagerado, involuntario e irracional a situaciones en particular. Generalmente, las fobias se dividen en tres tipos.

- a) **Fobia específica (o simple):** Esta fobia es provocada por un objeto o una situación específica como volar, alturas, agujas, serpientes, etc.
- b) **Fobia social (trastorno de ansiedad social):** Esta fobia en particular se limita específicamente a situaciones sociales. Se caracteriza por un miedo extremo a encontrarse o conocer nuevas personas o de ser avergonzado, humillado o juzgado por los demás. Para que se haga el diagnóstico de una fobia específica o social se requiere que cuando la persona esté expuesta al objeto o la situación a la que tiene miedo, sienta ansiedad (frecuentemente en forma de ataques de pánico), que la persona que sufre la fobia reconozca la naturaleza irracional de su miedo y que la ansiedad causada por la fobia afecte negativamente su estilo de vida.
- c) **Agorafobia:** Las personas que sufren de agorafobia sienten un miedo intenso de quedar atrapados en lugares y situaciones, o de no poder encontrar ayuda si tienen un ataque de ansiedad o pánico. Los miedos de las personas que sufren este tipo de fobia frecuentemente se relacionan con estar solo en un lugar abierto o en medio de una multitud. Frecuentemente, las personas que sufren agorafobia evitan estas situaciones por completo.

Trastorno de estrés postraumático

Ocurre en los sujetos que han sufrido o han sido testigos de un evento muy violento o trágico que causó miedo, impotencia y horror intensos (por ejemplo, violación, guerras, desastres naturales, accidentes graves, actos terroristas). Se caracteriza por la reexperimentación de estos acontecimientos altamente traumáticos (en forma de pesadillas, alucinaciones o "flashbacks"), síntomas debidos al aumento de la activación (*arousal*) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Este trastorno generalmente aparece dentro de un período de tres meses de la situación traumática pero en algunas circunstancias puede presentarse muy tardíamente, hasta años después del acontecimiento traumático (y esta es una de las diferencias que mantiene con el trastorno de estrés agudo, ya comentado anteriormente, que se presenta dentro de un período de cuatro semanas tras la situación traumática).

El TEPT fue asociado en el pasado, casi exclusivamente, con situaciones bélicas. Sin embargo, hoy se considera un trastorno que puede relacionarse con distintos tipos de situaciones traumáticas. Los tipos de sucesos traumáticos que han sido asociados a este trastorno con mayor frecuencia han sido: ser testigo de una muerte violenta, accidentes de tráfico, desastres naturales/incendios, situaciones que conlleven amenaza grave a la vida, ataque físico y abuso sexual (6-7). Concretamente, diversos

estudios han encontrado una prevalencia incrementada de TEPT entre víctimas de quemaduras graves (8) y accidentes de tráfico (9-11). Por otro lado, el alto porcentaje de mujeres víctimas de una violación que sufren un TEPT (12) solo resulta comparable en la literatura al que aparece en las víctimas de atentados terroristas (13-15).

Trastorno de ansiedad generalizada

Las personas que sufren de trastorno de ansiedad generalizada presentan ansiedad y preocupación excesivas sobre eventos o actividades cotidianas. Los síntomas físicos del trastorno incluyen tensión nerviosa, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas para dormir. Para recibir el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, la persona debe presentar este tipo de ansiedad excesiva la mayoría de los días durante un período de seis meses o más.

Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo es un trastorno de ansiedad caracterizado por pensamientos o imágenes persistentes, intrusivos e inadecuados (obsesiones) y comportamientos repetitivos que la persona siente que debe hacer (compulsiones). Las obsesiones comunes incluyen miedo a contaminarse, fijación en números que traen suerte o que alejan a la suerte, miedo de que la persona o los demás están en peligro, necesidad de mantener el orden y la exactitud, dudas excesivas, etc. Las compulsiones más comunes que se realizan en respuesta ritualizada a estas obsesiones incluyen lavarse las manos, contar, ordenar objetos, etc.

Trastornos afectivos

Dentro de los trastornos afectivos que pueden producirse a consecuencia de una situación de estrés traumático agudo o crónico ocupa un lugar privilegiado la **depresión mayor**. Se caracteriza por la presencia de 5 o más de los siguientes síntomas: Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución importante del interés o de la capacidad para el placer (disfrutar la vida), pérdida (o aumento) importante de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de la energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, disminución de la autoestima y de la confianza en si mismo, disminución de la capacidad para pensar, tomar decisiones o concentrarse, visión pesimista del futuro y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

Trastornos por uso de sustancias

El abuso o la dependencia de sustancias (alcohol y otros tóxicos) han sido referidas clásicamente en la bibliografía entre las alteraciones mentales postraumáticas más comunes.

Factores predisponentes

Tres factores se asocian, como se dijo con el desarrollo de alteraciones psicotraumáticas: por una parte, el grado y la magnitud del trauma (16-17), y por otro, las características del individuo que lo ha experimentado y los factores relacionados con el contexto.

Para muchos autores, es el primero, la naturaleza e intensidad del acontecimiento traumático la determinante más significativa de la patología posterior al estrés (18), sobre todo en el caso de aquellos eventos que suponen una amenaza inmediata para la vida del sujeto, aquellos que tienen un comienzo súbito e inesperado, toman al individuo por sorpresa y sin preparación para afrontarlos, se presentan en forma de violencia ejercida sobre el sujeto y conllevan pérdidas de algún tipo (incluidas las pérdidas materiales) (19).

Un gran número de estudios se han referido a distintos factores personales de riesgo para el desarrollo de alteraciones psicotraumáticas tras los desastres naturales, y han enfatizado el mayor riesgo asociado al sexo femenino, la edad más avanzada, los antecedentes psiquiátricos familiares, el neuroticismo y la introversión, la exposición previa a otros eventos traumáticos, la sobrecarga de

acontecimientos vitales adversos tras el desastre (donde se incluyen las interrupciones familiares, las pérdidas, los desplazamientos, el apoyo social inadecuado, la responsabilidad en las tareas de reconstrucción, etc) y los estilos evitativos de afrontamiento.

Por otro lado, frente a estos enfoques que enfatizan el papel del traumatismo en la patología, los modelos multifactoriales consideran las características del trauma, del individuo y los factores contextuales (20-21). Así, Najarian y cols. (22) examinaron el papel del desplazamiento de las víctimas en 25 mujeres supervivientes en una ciudad devastada por un terremoto, a las que compararon con otras tantas que habían sido trasladadas a otra ciudad y con un grupo control. Las mujeres expuestas al trauma (los dos primeros grupos) presentaron más síntomas de evitación, activación y TEPT que las del grupo control, y las mujeres desplazadas exhibieron puntuaciones más elevadas en depresión, y eran en general el grupo más sintomático. El desplazamiento, el apartamiento del medio habitual constituye, en consecuencia, para estos autores un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos post-traumáticos.

Concluyendo, distintas variables como las características del suceso, variables individuales o el apoyo social, influirían en la percepción del suceso estresante o en la sensibilidad particular a éste. Estos factores mantienen una relación recíproca entre ellos, es decir, cuanto más severa sea la situación traumática menos impacto tendrán las características individuales y sociales en determinar la naturaleza de la respuesta (23).

Bibliografía

1. González de Rivera JL. Psicoterapia de las crisis. Crisis emocionales. Espasa-Calpe. Madrid 2006.
2. Caplan, G: Support systems and community mental health. Behavioural Publications, New York, 1974.
3. Abenheim L, Dab W, Salmi LR. Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987). J Clin Epidemiol 1992;54:103-9.
4. Currant PS. Psychiatric aspects of terrorist violence: Northern Ireland 1969-1987. Br J Psychiatry 1988;153(4):470-5.
5. Giner J. El proceso de medicalización de la víctima. Archivos de Neurobiología 2000;63(3): 287-96.
6. Solomon Z. Las consecuencias psicológicas de la guerra: la experiencia israelí. Archivos de Neurobiología 2000;63(3): 241-258.
7. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry 1995;52:1.048-60.
8. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky B, et al. Prevalence of civilian trauma and post-traumatic stress disorder in a representative national sample of women. J Consult Clin Psychol 1993;61:984-91.
9. Winter H, Irle E. Volumen hipocámpal en pacientes adultos quemados con y sin trastorno por estrés postraumático. Am J Psychiatr 2004;161(12):2194-2200.
10. Brom D, Cléber RJ, Hofman MC. Victims or traffic accidents: incidence and prevention of post-traumatic stress disorder. J Clin Psychol 1993;49:131-40.
11. Blanchard EB, Hickling EJ, Volmer AJ, et al. Short-term follow-up of post-traumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims. Behav Res Ther 1995;33:369-77.
12. Mirza KAH, Bhadrinath BR, et al. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents following road traffic accidents. Br J Psychiatry 1998;172:443-7.
13. Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population in young adults. Arch Gen Psychiatry 1991;48:216-22.
14. Tucker P, Dickson W, Pfefferbaum B, McDonald NB, Allen G. Traumatic reactions as predictor of post-traumatic stress six months after Oklahoma City bombing. Psychiatr Serv 1997;48(9):1191-4.
15. Gilaberte I, Baca E. Trastorno por estrés postraumático: estudio en una población de riesgo. Archivos de Psiquiatría 2000;63(3):259-272.
16. Amir M, Kaplan Z, Zloter M. Type of trauma, severity of post-traumatic stress disorder core symptoms, and associated features. J Gen Psychol 1996; 123(4):341-351.
17. Abenheim L, Dab W, Salmi LR. Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987). J Clin Epidemiol 1992;54:103-9.
18. Tucker P, Pfefferbaum B, Nixon SJ, Dickson W. Predictor of post-traumatic stress symptoms in Oklahoma City: exposure, social support, peri-traumatic responses. J Behav Health Serv Res 2000;27(4):406-16.
19. Leopold RL, Dillon H. Psychoanatomy of a disaster: A long term study of post-traumatic neuroses in survivors of a marine explosion. Am J Psychiatr 1963;119:913-21.
20. Sowder BJ. Disasters and mental health. En: Selected Contemporary Perspectives. 1985. National Institute of Mental Health.
21. Green BL, Wilson JP, Lindy JD. Conceptualizing post-traumatic stress disorder. A psychosocial framework. En: Figley, CR, editor. Trauma and its Wake: The Study and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder. Nueva York: Brunnel-Mazel; 1985.p.53-69.

22. Horowitz MJ, Weiss DS, Marmar C. Commentary: diagnosis of post-traumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:167-8.
23. Najarian LM, Goenjian AK, Pelcovitz D, Mandel F, Najarian B. The effect of relocation after a natural disaster. *J Trauma Stress*. 2001 Jul;14(3):511-26.
24. Breslau N, Davis GC. Post-traumatic stress disorder. The stressor criterion. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175:255-64.