

Trauma y estrés postraumático: algunas reflexiones

Post-traumatic stress and trauma: some remarks

El término trauma deriva del griego y significa herida. Sin duda esta palabra engloba en gran medida lo que para muchos puede representar la psiquiatría. Cuando la población general en lenguaje coloquial considera que está “traumada” está aludiendo a alguna conflictiva psíquica o a diversos fenómenos psicopatológicos que puede sufrir una persona. Desde 1980 la denominación trauma se incorporó en una entidad diagnóstica que se bautizó como trastorno por estrés postraumático (TEPT). Asimismo el TEPT representa el paradigma del enfermar mental, ya que requiere de la presencia de un hecho traumático como factor necesario para que aparezcan los síntomas propios del cuadro (fenómenos invasores, estado de hiperalerta y conductas de evitación). Naturalmente que este trastorno no es un cuadro que recién se haya identificado hacia fines del siglo XX; las primeras descripciones de pacientes con sintomatología de este tipo datan de los clásicos griegos (como Heródoto e Hipócrates que dieron cuenta de soldados con síntomas que mantuvieron por varios años con posterioridad a situaciones bélicas) y luego en diversos relatos históricos y literarios se fueron sumando pacientes con estas manifestaciones clínicas. Diversos conflictos bélicos dieron origen a variadas entidades denominadas “corazón de soldado”, *shell shock*, neurosis de guerra o neurosis traumática. La II Guerra Mundial y especialmente la Guerra de Vietnam entre sus diversos legados permitieron la inclusión en la tercera versión de la clasificación diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM III) del constructo TEPT, gracias a los esfuerzos de clínicos y de diversos actores de la comunidad (excombatientes, profesionales de la salud mental, sociólogos, políticos, etc.).

En la descripción inicial de 1980 se incluyeron como estresores hechos bélicos, desastres tanto naturales como provocados por el hombre, situaciones de abuso/violaciones y maltrato físico y

psicológico, abarcando tanto poblaciones infantiles como de adultos. Esto ha constituido un buen ejemplo de cómo la aparición de una nueva entidad nosológica se traduce en diversas repercusiones tanto en el ámbito de la clínica y la investigación, como de los sistemas de atención de salud (militares y civiles) o de aquéllos que implican pensiones de invalidez por incapacidad a raíz de los síntomas crónicos. Recientemente ha aparecido una nueva área de estudio que vincula al TEPT con el daño cerebral traumático. Esto ha surgido con posterioridad a las Guerras de Afganistán e Irak dado el gran número de soldados que han regresado a EE.UU. con sintomatología característica de estas dos patologías, y es así como están en pleno desarrollo estudios clínicos, básicos y de neuroimágenes que están tratando de dilucidar cuál es la real relación entre ambos cuadros.

Junto con celebrar los 65 años de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, este año también se cumplen 10 años de un acontecimiento que selló el cambio en la forma de proceder de los grupos terroristas internacionales con graves consecuencias particularmente para la población civil. Este hecho quedará plasmado en la historia de la humanidad como aquel fatídico “11 de septiembre de 2001” en que EE.UU. fue víctima del ataque a las Torres Gemelas y al Pentágono. En gran medida debido a la amplia cobertura de los medios de comunicación de esos sucesos y sus diversas repercusiones es que el diagnóstico de TEPT tuvo una gran divulgación entre la población general. A ese día 11 le han seguido otros “11 de marzo” con hechos traumáticos de repercusión mundial: el atentado terrorista ferroviario del año 2004 en Madrid y el más reciente terremoto y tsunami de 2011 en Japón, que provocó además el desastre de la central nuclear de Fukushima.

A nivel de la comunidad científica un indicador indirecto de la importancia que se le ha dado al

TEPT puede medirse con las publicaciones en revistas médicas especializadas: la base de datos de PubMed registra 5.664 citas entre 1980 y 2000 y 12153 citas entre 2001 y 2010, empleando el descriptor PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*). En Chile la mayor divulgación reciente del TEPT a nivel de la población general ocurrió con ocasión del terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010, y en menor medida con el accidente minero en que quedaron atrapados 33 trabajadores durante 70 días a 700 metros bajo tierra hasta que fueron rescatados el 13 de octubre de 2010. La Revista Chilena de Neuro Psiquiatría también ha publicado trabajos relacionados con el TEPT y entre 2001 y 2010 han aparecido cuatro artículos además de un suplemento con una actualización del tema en el año 2002. En el número de marzo 2010 nuestra revista dedicó un editorial a las repercusiones emocionales de los desastres naturales haciendo especial hincapié en la población infantil y las recomendaciones para el manejo de este grupo etario. En SONEPSYN este tema ha tenido importante presencia con diversos *simposia* y posters en Congresos Anuales y patrocinó un curso *on-line* sobre TEPT en 2010.

Ciertos hitos desde la aparición formal del diagnóstico de TEPT a la fecha

Más allá de los esfuerzos permanentes tanto de clínicos como de epidemiólogos e investigadores básicos parece que a treinta años de su incorporación en el DSM III este constructo se ha ganado un espacio y un reconocimiento en la comunidad científica. Se han revisado sistemática y reiteradamente los diferentes criterios diagnósticos y los eventuales estresores, los que al inicio tenían que corresponder a algún acontecimiento que sobrepasara las experiencias habituales de la vida; posteriormente se han ido incorporando desencadenantes como los accidentes vehiculares y laborales, la violencia y la agresión doméstica, los asaltos con armas o el hecho de enfrentar algunas experiencias médicas (infarto al miocardio, complicaciones quirúrgicas, secuelas físicas, diagnósticos

de patologías terminales, internaciones en unidades de cuidados intensivos). Pero más allá que la persona haya sido víctima directa de alguna amenaza contra su vida también se ha incorporado como estresor el que un sujeto haya presenciado o incluso sólo le hayan relatado una experiencia traumática (especialmente si en ella ha participado alguien con quien existe un vínculo afectivo importante) para que este hecho actúe como facilitador del cuadro clínico. En la actualidad se están debatiendo varios de estos criterios para su inclusión en la próxima versión del DSM V.

En este número de la Revista Chilena de Neuropsiquiatría y dentro del marco de las repercusiones psicológicas de los acontecimientos traumáticos se incluye una interesante revisión del psicólogo Félix Cova y colaboradores en relación con las controversias respecto de la conceptualización del Trastorno de Estrés Postraumático, en que se discuten las interrogantes en cuanto a la validez del concepto científico y los diversos factores implicados en él.

Esta patología también ha servido de modelo para el estudio de la resiliencia, tanto en sus aspectos psicológicos como en sus determinantes biológicas. Desde los relatos anecdóticos de víctimas del Holocausto hasta estudios sistemáticos con estas y otras poblaciones se han podido identificar factores tanto de riesgo como protectores para el TEPT. Se considera que hay poblaciones que en general responderán mejor a una amenaza como los soldados, los bomberos, los rescatadores, personal de la policía o funcionarios de servicios de salud que laboran en unidades de emergencia, quienes están con alta frecuencia expuestos a situaciones traumáticas y de muerte. Esto plantea una interrogante acerca de la motivación o vocación que lleva a la selección de estas actividades por estas personas. ¿Tienen una biología “resiliente” y/o son conscientes de contar con factores psicológicos protectores? Esta es un importante área de investigación en estos momentos que debiera generar resultados que ayuden a identificar marcadores biológicos como diversos factores psicosociales que incluso puedan ser desarrollados para mejorar la resiliencia.

En relación con los estudios epidemiológicos ha

habido un claro progreso en cuanto a abarcar cada vez a más sujetos de la población general y en situaciones más frecuentes en nuestra sociedad como los asaltos, los accidentes vehiculares y diversas experiencias médicas (llegando incluso a acuñarse la denominación de TEPT médico, por ejemplo para adultos que tuvieron tratamientos exitosos contra algún cáncer en la niñez). La evaluación de los efectos psicológicos agudos y a largo plazo de un hecho traumático son claves para identificar poblaciones en riesgo y comprender mejor la evolución de estos cuadros. En este sentido resulta muy interesante recordar un estudio realizado en EE.UU. el cual se efectuó a las 72 horas de ocurridos los ataques terroristas del 11/9. Es destacable el hecho de la rápida implementación de una investigación basada en contactos telefónicos durante tres días para recolectar la información acerca de las reacciones emocionales de los adultos y cómo percibían ellos las respuestas en los niños; además dada la importancia de los resultados, éstos fueron publicados en la edición del 15 de noviembre de 2001 del *New England Journal of Medicine*. Una recomendación clara de ese artículo fue la regulación de los medios de comunicación (en especial de la televisión) para reducir los recuerdos traumáticos en la población más vulnerable que eran los niños¹.

Respecto a la investigación tanto biológica como psicoterapéutica, por varios años ésta se concentró en los resultados obtenidos de preferencia en población de excombatientes, lo que de algún modo restringió y sesgó el grupo de TEPT estudiado. Se ha producido un importante desarrollo de la investigación centrada en los mecanismos de la respuesta a la amenaza y las situaciones de estrés agudo y crónico, lo que ha permitido que a partir de los estudios preclínicos se hayan podido extrapolar algunos resultados a la clínica lo que ha facilitado el avance en algunas terapias.

¿Por qué no todos los sujetos presentan síntomas después de la exposición a un hecho traumático? y ¿Por qué la mayoría (85%-90%) tiene una recuperación espontánea favorable?

Este cuadro, tan particular dentro de la psiquiatría, tiene dos aspectos que son distintivos: su aparición (inmediata o diferida en el tiempo)

a partir de un hecho traumático y la disfunción en la respuesta normal de adaptación a una situación de amenaza. Ya que no es posible realizar una prevención primaria eliminando los estresores traumáticos, el desafío actual está centrado en la identificación de terapias que -instaladas lo más cercana al acontecimiento traumático- puedan reducir e idealmente impedir la aparición de síntomas agudos de un TEPT, lo que permitiría contar con una prevención secundaria. Actualmente ha comenzado el debate sobre la real eficacia del empleo bastante frecuente de benzodiazepinas y de las técnicas de *debriefing* en las primeras etapas postrauma. Si bien estos procedimientos resultan bastante aliviadores, no está del todo claro que no interfieran con los potentes procesos normales de recuperación con que cuenta la mayoría de los sujetos. En respuesta a estos planteamientos se ha estudiado el empleo de propranolol y morfina, y últimamente de cortisol. Tanto en pacientes con cirugía cardíaca como con estados de shock séptico la administración de cortisol se ha acompañado de una reducción importante de memorias traumáticas, lo que abre una interesante vía de investigación para otras situaciones traumáticas que al tener este enfoque preventivo secundario puedan reducir la frecuencia de presentación del TEPT agudo.

Por último, un aspecto que sería importante de reflexionar y tener como desafío, ya sea a nivel ministerial y/o académico, es cómo poder contar en nuestro país con un "observatorio epidemiológico" permanente que pueda estar monitoreando diversas repercusiones de situaciones traumáticas habituales (violaciones, asaltos, violencia doméstica, accidentes de tránsito o laborales, situaciones médicas y otras) y por otra parte estar preparado para implementar en forma rápida investigaciones ante traumas masivos por catástrofes naturales, vandalismo o terrorismo y poder estudiar así las repercusiones psicológicas en diversas poblaciones expuestas. Si bien pueden resultar más fáciles los estudios de la fase aguda, los esfuerzos también deberían dirigirse a asegurar las investigaciones en la etapa de seguimiento; esto cobra especial importancia en situaciones de desastre ya que muchas de las víctimas se trasladan a otros lugares y por lo

tanto se dificulta la posibilidad de investigar la evolución natural o las intervenciones que se puedan haber implementado en esa población.

El trauma psíquico en sentido amplio sigue siendo uno de los principales motores del ejercicio de la psiquiatría en sus diferentes áreas, desde las ciencias básicas hasta las más sofisticadas intervenciones clínicas tanto neurofarmacológicas como psicoterapéuticas, y continúa generando desafíos a nivel de toda la sociedad para reducir sus consecuencias. Esperamos que durante el año 2015 este

tema tenga un amplio desarrollo con ocasión del año de las Neurociencias.

Referencias

1. M. Schuster, B. Stein, L. Jaycox et al. A national survey of stress reactions after the september 11, 2001, terrorist attacks. *N Engl J Med* 2001;345:1507-12.

César Carvajal
Miembro Comité Editorial