

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Situación actual

- Exposición a un acontecimiento traumático extremo
- Conjunto característico de síntomas
 - Reexperimentación
 - Evitación-embotamiento
 - Aumento de la activación (*arousal*)
- Duración de los síntomas superior a 1 mes
- Los síntomas producen deterioro sociolaboral significativo

Situación actual

- La exposición a un acontecimiento traumático actúa como detonador
- El impacto de ese acontecimiento traumático sobre el sujeto está determinado por:
 - Factores previos de vulnerabilidad
 - Factores de mantenimiento o reforzadores potentes

Situación actual del TEPT

- Es uno de los pocos trastornos psiquiátricos que se define por su etiología más que por su sintomatología
 - Su inicio depende de la exposición única o repetida a un acontecimiento traumático*
- Aunque:
 - Aproximadamente el 30% de la población se verá expuesta, pero tan sólo el 10-20% desarrollarán TEPT**
 - Expuestos al menos a 1 acontecimiento: en EE.UU. 50-60%; desarrollan TEPT: 5-10%***

Factores de riesgo para el desarrollo de TEPT

**Demostrados en todos
los estudios realizados**

- Historia psiquiátrica personal
- Abuso en la infancia
- Historia psiquiátrica familiar

**Demostrados en algunos
de los estudios realizados**

- Gravedad del trauma
- Nivel educativo bajo
- Joven
- Mujer
- Minoría étnica
- Clase socioeconómica baja
- Factores adversos en la infancia
- Trauma previo
- Falta de soporte social
- Estrés

Factores de riesgo para el desarrollo de TEPT

- Los efectos más adversos de los acontecimientos traumáticos están asociados a:
 - Traumas en la infancia (p. ej., violencia por parte de los padres)
 - Antecedentes psiquiátricos familiares
 - Alcoholismo paterno
 - Depresión materna

Características sociodemográficas: sexo

- Mayor prevalencia-vida en mujeres
 - NCS:
 - Riesgo de padecer TEPT 5 veces mayor que los hombres
 - Prevalencia-vida: 10,4% en mujeres, 5% en hombres
 - Breslau y cols.: entre sujetos expuestos, el riesgo de las mujeres es al menos 2 veces mayor que el de los hombres

Características sociodemográficas: sexo (*cont.*)

- Mayor persistencia de los síntomas en mujeres
 - Seeman: el 85% de los pacientes con TEPT con síntomas persistentes durante más de 1 año eran mujeres

Comorbilidad entre TEPT y suicidio

- Mayor riesgo de conducta suicida en adultos jóvenes*
- Los pacientes con TEPT tienen una probabilidad 6 veces mayor de realizar un intento de suicidio que los sujetos controles**
- Las conductas suicidas se asocian con más frecuencia a TEPT que a cualquier otro trastorno de ansiedad**

Predictores de desarrollo del TEPT

McFarlane, 2000

- Trauma previo
- Historia psiquiátrica previa
- Disociación en el momento del trauma
- Gravedad de los síntomas agudos
- Tipo de respuesta aguda
- Gravedad / tipo del trauma

Brewin y cols., 2000

- Historia psiquiátrica personal
- Abuso en la infancia
- Historia psiquiátrica familiar
- Gravedad del trauma
- Nivel educativo bajo
- Joven
- Mujer
- Minoría étnica
- Baja clase socioeconómica
- Factores adversos en la infancia
- Trauma previo
- Falta de soporte social
- Estrés
- Bajo coeficiente de inteligencia

Síntomas del TEPT

- En la actualidad el TEPT es un constructo sintomatológico basado en las 3 dimensiones siguientes:
 - Re-experimentación
 - Evitación-embotamiento
 - Aumento de la activación (*arousal*)

Síntomas: criterios DSM-IV

B. La persona reexperimenta persistentemente el acontecimiento traumático (≥ 1 de los siguientes):

- (1) recuerdos del acontecimiento (imágenes, pensamientos o percepciones) recurrentes e intrusivos causantes de malestar
- (2) sueños sobre el acontecimiento recurrentes causantes de malestar
- (3) la persona “actúa como si” o “tiene la sensación de que” el acontecimiento traumático está ocurriendo (reviviscencias, ilusiones, alucinaciones, *flashbacks*)
- (4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento
- (5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento

Síntomas: criterios DSM-IV (*cont.*)

- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (≥ 3 de los siguientes):
- (1) evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el acontecimiento
 - (2) evitación de actividades, lugares o personas que despiertan recuerdos del trauma
 - (3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
 - (4) disminución marcada del interés o la participación en actividades significativas
 - (5) sentimientos de distanciamiento de los demás
 - (6) restricción de la vida afectiva
 - (7) sentimientos de un futuro desolador

Síntomas: criterios DSM-IV (*cont.*)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*), indicados por 2 o más de los siguientes:

- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) irritabilidad o ataques de ira
- (3) dificultades de concentración
- (4) hipervigilancia
- (5) respuestas de sobresalto exageradas

Criterios temporal y de interferencia (DSM-IV)

- E. Los síntomas se prolongan más de 1 mes
- F. Estas alteraciones producen malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes

Fases del TEPT

Reacción
a estrés agudo

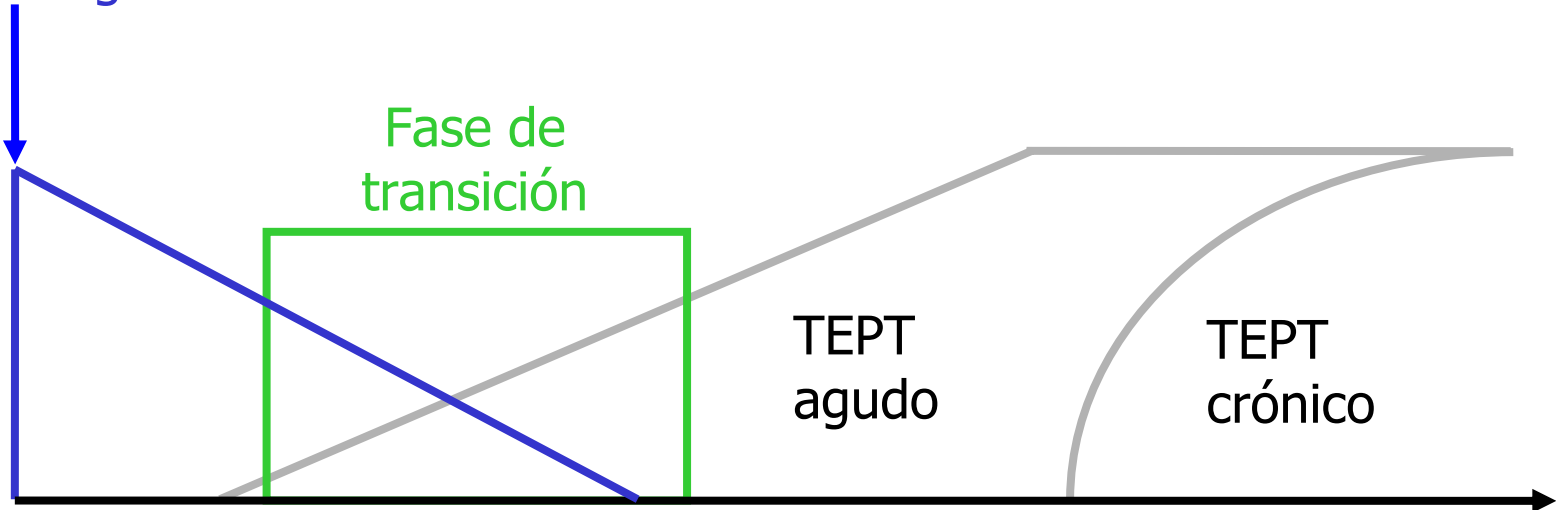
Fase de
transición

TEPT
agudo

TEPT
crónico

Tiempo

Trauma



Curso del TEPT

- Trastorno de ansiedad crónico, de larga duración, ¿recurrente?
- Con frecuencia se vuelve comórbido con depresión mayor, otros trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y suicidio

Curso del TEPT (*cont.*)

- Un tercio de los pacientes se recupera en el primer año
- Más de un tercio presenta síntomas semanales persistentes al cabo de 10 años
- La mayor duración del trastorno y la menor probabilidad de alcanzar la remisión se asocia con:
 - Abuso de alcohol
 - Trauma en la infancia

Coste sanitario del TEPT

- Mayor uso de:
 - Servicios ambulatorios y hospitalarios
 - Consultas a medicina general (5,3 frente a 4,4 de cualquier trastorno de ansiedad, y 3,4 de depresión mayor)
 - Medicación
- Menor satisfacción con el tratamiento
- Sólo el 38% de los pacientes con TEPT reciben tratamiento

Hitos en la psicofarmacología del TEPT

- Recientemente se ha obtenido la aprobación por la FDA (Food and Drug Administration) y por la Agencia Española del Medicamento, la indicación de un psicofármaco (sertralina) para el tratamiento del TEPT

Modalidades terapéuticas

- Psicoeducación, tratamiento de la ansiedad
- Terapia cognitiva (terapia de exposición)
- Terapia psicodinámica (individual o grupal)
- Farmacoterapia
 - Demostración de la eficacia de los ISRS
 - ¿Eficacia de los anticonvulsivantes?
 - ¿Eficacia de los antipsicóticos?

Objetivos del tratamiento psicofarmacológico

- Mejoría de los síntomas
- Aumento de la capacidad de adaptación al estrés
- Disminución del riesgo de comorbilidad secundaria al TEPT (uso/abuso de alcohol u otras sustancias, conductas violentas, suicidio, etc.)
- Mejoría de la discapacidad (funcionamiento y participación social del paciente)
- Mejoría de la calidad de vida del paciente

Tratamiento farmacológico

- Primeras horas: reducir el miedo y la impronta (*imprinting*) neuronal
 - Bloqueantes adrenérgicos
- Primeros días: reducir la sensibilización y la consolidación mnésica
 - Bloqueantes adrenérgicos y eutimizantes
- Primeros meses: reducir los síntomas
 - ISRS y dosis bajas de trazodona para los problemas del sueño
- A partir del primer año: reducir los síntomas y la comorbilidad
 - ISRS, bloqueantes adrenérgicos, eutimizantes

Tratamiento farmacológico agudo

- Fármacos de primera línea (independientemente del tipo de síntoma y de acontecimiento traumático):
 - ISRS
 - Nefazodona
 - Venlafaxina
- Fármacos de segunda línea:
 - Tricíclicos
 - IMAO

Eficacia de los fármacos

- Los fármacos de primera línea han demostrado ser eficaces sobre los 3 grupos de síntomas del TEPT:
 - Intrusión
 - Evitación – embotamiento
 - Hiperactivación
- Sin embargo, algunos autores recomiendan utilizar trazodona, hipnóticos no benzodiazepínicos o tricíclicos para los trastornos del sueño

Fármacos estudiados: resultados

Antiadrenérgicos		Antidepresivos ISRS	
Benzodiacepinas		Antagonistas 5-HT₂ • Nefazodona	
Antidep. Tricíclicos • Desipramina • Amitriptilina • Imipramina	  	Anticonvulsivantes • Carbamazepina • Ácido valproico • Lamotrigina	
IMAO • Fenelzina		Antipsicóticos • Olanzapina • Risperidona	 



EFICAZ



INEFICAZ



PROMETEDOR

Tratamientos psicológicos

- Técnicas cognitivo-conductuales
- Técnicas para síntomas específicos
- Intervención precoz y prevención

Técnicas cognitivo-conductuales

- Exposición
- Desensibilización sistemática
- Procesamiento cognitivo
- Entrenamiento en inoculación de estrés
- Terapia cognitiva
- Entrenamiento en asertividad
- *Biofeedback*
- Entrenamiento en relajación

Terapia de exposición

- Exposición a:
 - Pensamientos traumáticos
 - Conductas evitadas
- Técnicas de exposición:
 - Imaginación
 - Exposición *in vivo*
 - Realidad virtual
- Incluir además:
 - Educación
 - Respiración profunda
 - Terapia cognitiva

Entrenamiento en el control de la ansiedad

- Habilidades conductuales
 - Relajación
 - Control de la ira
- Habilidades cognoscitivas
 - Autoinstrucciones
 - Distracción cognoscitiva

Entrenamiento en inoculación de estrés

- Respiración profunda
- Relajación muscular profunda
- Relajación diferencial
- Parada de pensamiento
- Reestructuración cognitiva
- Preparación para un factor estresante
- *Role-playing*

Técnicas psicológicas para síntomas específicos

Síntoma	Técnica
Pensamientos intrusivos	Exposición
<i>Flashbacks</i>	Exposición
Miedos relacionados con el trauma, angustia y evitación	Exposición Terapia cognitiva Tratamiento de la ansiedad
Embotamiento, distanciamiento, pérdida de interés	Terapia cognitiva
Culpa	Terapia cognitiva

Técnicas psicológicas para síntomas específicos (*cont.*)

Síntoma	Técnica
Irritabilidad, ataques de ira	Terapia cognitiva Tratamiento de la ansiedad
Ansiedad generalizada (hiperactivación, hipervigilancia, sobresalto)	Exposición Tratamiento de la ansiedad
Alteraciones del sueño	Tratamiento de la ansiedad
Dificultades de concentración	Tratamiento de la ansiedad

Intervención precoz y prevención

- Inmediatamente tras el acontecimiento
 - Normalizar el malestar
 - Educar al paciente y a la familia
 - Relatar repetidamente el acontecimiento
 - Proporcionar soporte emocional
 - Aliviar los sentimientos de culpa irracionales
 - Derivar a grupos de autoayuda
 - Considerar medicación a corto plazo para el insomnio