

***EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
(TEPT) DE ORIGEN LABORAL  
Estudio de un caso clínico***

***Autor:*** Aniela Diaconu, Master Salud Laboral  
UPF-UD “Mateu Orfila” 2009-2010  
***Director:*** Maribel Pérez Llorca  
***Tutor:*** Jordi Delclós Clanchet

## **RESUMEN**

### **OBJETIVO:**

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) afecta a las personas que se han visto expuestas a accidentes o situaciones traumatizantes. El TEPT se presenta con posterioridad a una situación traumática y el trauma constituye el factor etiológico central en la aparición del cuadro. Gran parte de la investigación realizada hasta ahora acerca del estrés laboral se refiere a los efectos de la exposición prolongada a los estreses propios del trabajo, y no a los problemas asociados a acontecimientos específicos, como una lesión traumática o con riesgo para la vida o la observación de un accidente o un acto de violencia.

El objetivo de este trabajo es estudiar un caso clínico en particular y recojer los aspectos descritos en la literatura sobre los factores relacionados con el estrés postraumático, analizando las consecuencias de un evento causador de estrés postraumático de origen laboral en la reincorporación al trabajo.

**MÉTODO:** Se describe la metodología respecto a la búsqueda de información tanto del material clínico como de la literatura científica.

**RESULTADOS:** Se describe un caso clínico de TEPT, observando la complejidad del manejo clínico y laboral del trastorno.

Se analizan los aspectos etiológicos, epidemiológicos, clínicos y terapéuticos del trastorno por estrés postraumático que aparecen en la literatura, con un breve resumen del TEPT en personas involucradas en accidentes de tráfico, aspectos que se utilizan después en el análisis del caso clínico.

### **CONCLUSIONES:**

Debido a la preocupación cada vez mayor por la calidad de vida laboral de los trabajadores, nos vemos obligados a estudiar la relación entre el estrés laboral y sus repercusiones en el estado de salud física y mental de los empleados.

Se ha afirmado que el estrés postraumático puede representar "una de las más severas e incapacitantes formas de estrés humano conocido" (1).

Es importante intentar realizar la prevención de las reacciones de estrés postraumático después de incidentes traumáticos en el lugar de trabajo y la prevención y tratamiento de las complicaciones de los accidentes de trabajo relacionados con el estrés postraumático.

El TEPT es un padecimiento altamente prevalente ( **entre 20 y 45% de quienes sufren lesiones experimentan posteriormente TEPT, además de que las prevalencias de por vida oscilan entre 3.6 y 7.8% en la población general de Estados Unidos y de entre 2.22 y 46% en otras partes del mundo**) e incapacitante que genera pérdidas millonarias a las economías mundiales (2) debido a los costes que implica su atención y el tiempo de vida saludable que pierden quienes lo sufren, además del desequilibrio socioemocional en las familias de los individuos afectados.

El trastorno provoca una situación de incapacidad laboral transitoria pero a veces se puede complicar hacia una incapacidad permanente.

Es determinante insistir en el diagnóstico precoz de TEPT en pacientes que han sufrido un acontecimiento traumático, para así evitar la prolongación del cuadro mediante un tratamiento oportuno, evitar un alto coste y facilitar una reincorporación rápida en el trabajo.

**Palavras Clave:** “trastorno de estrés postraumático” / “posttraumatic stress disorder”, “salud mental” /” mental health”, “estrés ocupacional” / ”occupational stress”

## INTRODUCCIÓN

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es uno de los pocos trastornos psiquiátricos que se definen por su etiología más que por su sintomatología. Su inicio depende de una exposición única o repetida a un acontecimiento traumático. Desde su descripción en 1889 por Oppenheim como “neurosis traumática”, siempre ha estado relacionado con 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, agresiones sexuales y con relativa frecuencia con los accidentes de tránsito de tipo grave o con riesgo para la vida. El trastorno afecta a alrededor de 5.2 millones de adultos americanos y es más común entre las mujeres que en los hombres. Suele aparecer en cualquier edad, incluso en la niñez y existe la evidencia de que la susceptibilidad a un estrés post-traumático suele ser genético. El trastorno a menudo se acompaña por depresión, abuso de sustancias o uno o más trastornos de ansiedad. En los casos más graves, la persona puede desarrollar problemas en el trabajo o en las relaciones sociales (3). Los veteranos de guerra fueron los primeros en llamar la atención, aunque puede ser el resultado de muchos otros incidentes como son: atracos, violación o tortura; secuestro o captividad; abusos en la niñez, accidentes graves como choques de tren o coche; desastres naturales como riadas o terremotos. El acontecimiento que dispara el trastorno puede ser algo ocurrido en la vida de la persona o algo ocurrido a una persona cercana a él o ella. O quizá el simple hecho de ser testigo, como la muerte y destrucción masiva después de haber presenciado el derrumbe de un edificio o de un accidente aéreo. La confusión a la hora de diagnosticar un TEPT hace que la intervención de salud mental no se ejecute en el momento en que pueda prevenir la reacción de estrés, con las siguientes consecuencias: el trabajador no se recupera plenamente del trauma originado por un accidente o agresión grave, y a lo largo del tiempo, la reacción de estrés a la lesión original no tratada puede causar una ansiedad o depresión crónicas, una enfermedad somática o un trastorno por abuso de sustancias. De hecho, es raro que la intervención de salud mental se ejecute en el momento en que puede prevenir la reacción de estrés y, por tanto, ayudar al trabajador a recuperarse plenamente del trauma originado por un accidente o agresión graves. El estrés relacionado con los traumatismos origina característicamente la evitación del lugar de trabajo, con el consiguiente aumento del riesgo de conflicto y desacuerdo en torno a la reincorporación al trabajo y la incapacidad laboral, pudiendo llegar a establecerse por el Juzgado la invalidez total o absoluta. Esta categoría diagnóstica es de las más apropiadas para describir las consecuencias psicológicas en los accidentes laborales, incluso cuando indicadores y síntomas de otros trastornos puedan estar presentes o se solapen. Si se establece dicho trastorno, hay que tener en cuenta que puede

ser agudo o crónico, y de inicio inmediato o demorado. Las estadísticas confirman que las demandas por estrés mental son más costosas que las debidas a cualquier otra lesión.

***Los criterios internacionales de diagnóstico del T. por Estrés Postraumático, acorde al DSM-IV TR, son los siguientes:***

**A.** El individuo a estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que:

- Ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás (por ej. guerras, atentados o catástrofes)
- Ha respondido con temor, desesperanza o un horror intensos

**B.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

- Recuerdos del acontecimiento, recurrentes e intrusos, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- Sueños de carácter recurrente, sobre el acontecimiento, que producen malestar
- El individuo actúa o tiene la sensación que el acontecimiento traumático esta ocurriendo (por ej. sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y flashbacks)
- Malestar psíquico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

**C.** Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- Reducción importante del interés o de la participación en actividades sociales o laborales
- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- Restricción de la vida afectiva (por ej. incapacidad para tener sentimientos de amor)
- Sensación de un futuro desolador (por ej. no tener esperanzas respecto a encontrar una pareja, formar una familia, hallar empleo, llevar una vida normal)

**D.** Síntomas persistentes de aumento del estado de alerta (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas:

- Dificultad para conciliar o mantener el sueño
- Irritabilidad o ataques de ira
- Dificultad para concentrarse
- Respuestas exageradas de sobresalto

**E.** Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

**F.** Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Se distingue entre TEPT **agudo** y **crónico** según los síntomas duren menos de 3 meses o 3 o más meses. También se habla **de inicio demorado** cuando los síntomas aparecen al menos 6 meses después del acontecimiento traumático (4) (American Psychiatric Association, 1994).

**Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10** (Organización Mundial de la Salud, 1994/2000) para el trastorno por estrés postraumático proponen un criterio distinto para valorar el carácter estresante de una situación o acontecimiento determinados: éstos deben tener una “naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causaría un malestar pro-fundo en casi cualquier persona” (5). El

diagnóstico de la CIE-10 difiere además del propuesto en el DSM-IV en que el Criterio D de este último (es decir, síntomas por aumento de la activación) no se considera indispensable, ya que puede ser sustituido por la incapacidad para recordar parcial o totalmente algunos aspectos importantes del trauma; esto último es considerado como respuesta de evitación en el DSM-IV. A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 no establecen una duración mínima de los síntomas y el inicio demorado del trastorno sólo se contempla en circunstancias especiales (6).

### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.**

**Establecer el *diagnostico diferencial* entre TPET y otros trastornos puede llegar a ser una tarea complicada. Una diferencia entre este trastorno y otros trastornos de adaptación, radica en la naturaleza del acontecimiento traumático, mientras que del primero el evento tiene que ser de naturaleza extrema hasta el punto de suponer la amenaza para la vida del paciente, en los segundos el agente no supone una amenaza grave (7).**

## **MATERIAL Y MÉTODO DE ESTUDIO**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio descriptivo de un caso clínico, que, por su complejidad, puede ser representativo.

### **SUJETO DE ESTUDIO**

Se describe a continuación el caso clínico, con lo que se conoce de la historia, la sintomatología, los factores desencadenantes, la situación e historia laboral así como el proceso diagnóstico al que ha sido sometido.

Se trata de un conductor de camión de 51 años de edad , empleado de una compañía de transporte de mercancías del sur de España **(con cobertura tanto nacional**

**como internacional**), que sufrió accidente de circulación a consecuencia del cuál fallecieron 3 personas del coche que colisionó con su camión en diciembre de 2007, sin consecuencias físicas significativas para él. El paciente realizaba su trabajo desde hace 30 años, **su jornada laboral era completa con posibilidad de horas extras y tenía que manejar un camión de 8 metros para traslado de altos cargos**. No tenía antecedentes psiquiátricos.

Después de este suceso no se ve capacitado para volver al mismo trabajo, dice que le da miedo acercarse a la cabina de un camión.

A nivel familiar: está casado, tiene 3 hijos ya mayores. Refiere que su esposa le ha dicho que quiere el divorcio, le reprocha que le haya cambiado el carácter, que ahora se ha vuelto violento y con mal genio. No ha mantenido relaciones sexuales desde el accidente.

A nivel emocional, manifiesta que está deprimido, que no tiene ganas de hacer nada, duerme mal con sueños recurrentes sobre el accidente, sólo está bien cuando está en casa, sobre todo solo. Refiere que tras el accidente ha empezado a beber, ha aumentado el número de cigarrillos hasta 2 paquetes diarios.

Atendido en primera instancia, en la mutua laboral de su ciudad de origen, por la sintomatología que presenta, se le diagnostica un cuadro mixto ansioso-depresivo F43.22 CIE-10.

Después de 357 días de baja, sin mejoría significativa, se solicita prórroga IT y se remite a Barcelona para revaloración psicológica. Está atendido por el Servicio de Psicología de la Clínica de Barcelona. En el momento de la primera visita informa que estaba realizando tratamientos psiquiátrico y psicológico sin resultados lo que no permitía la reincorporación laboral. Tras realizar una anamnesis completa de la historia clínica y de las circunstancias vividas se llega al diagnóstico de estrés postraumático F43.1 CIE-10. La psicóloga de la Mutua de Barcelona lo valora y le administra el **Inventario Clínico Multiaxial de Millón.MCMI-III** (instrumento diseñado para evaluar trastornos de personalidad, que a diferencia de las versiones anteriores MCMI-I y MCMI-II, agrega el trastorno por estrés postraumático) con los siguientes resultados:



Depresiva	80
Compulsiva	79
Trastorno de ansiedad	99
Trastorno somatomorfo	95
Trastorno distímico	77
Trastorno delirante	80
Depresión Mayor	79

Las pruebas ponen de manifiesto un patrón de personalidad depresivo-compulsiva. Destaca de manera patológica un trastorno de tipo delirante. Indicadores de que su vida cotidiana se ha visto afectada en los últimos meses por sentimientos de desánimo y culpabilidad, baja autoestima, expresiones de inutilidad, comentarios autodesvalorativos. Durante los periodos depresivos ha tenido llantos, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, agotamiento crónico, pobre concentración, pérdida marcada de interés para las actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas rutinarias de la vida.

Desde Barcelona, se coordina la intervención de una psicóloga en su ciudad de origen. Se realiza terapia de tipo cognitivo-conductual con el objetivo de controlar pensamientos negativos distorsionados, afrontar hechos traumáticos, embotamiento emocional, generar en su vida cotidiana actividades de movimiento y actitudes que produzcan sensaciones de capacidad y habilidad.

Se aconseja seguir con el tratamiento farmacológico prescrito por el psiquiatra de zona.

Responde lentamente a los cambios y pautas conductuales por lo cual se recomienda mantenerlo en baja laboral unos meses más, con controles mensuales en Barcelona.

En la terapia se induce a trabajar con los factores psicológicos provocadores del trastorno emocional. El paciente aumenta el número de actividades diarias, consigue manejar y sustituir los pensamientos negativos distorsionados, es capaz de colocarse en una etapa presente sin vivenciar constantemente el pasado y los hechos traumáticos, el

embotamiento emocional está disipado, las ganas de vivir y su visión de futuro son adecuadas.

Se trabaja la fobia específica, principalmente el temor de acercarse a la cabina del camión. Se observa que sabe generarse excusas inconscientemente para no acercarse al camión. Se presupone que hay un miedo irracional debido al largo tiempo que lleva sin realizar dicho trabajo y que se ha producido un acomodamiento inconsciente por efecto de la depresión. Se considera oportuno que afronte su situación laboral o de lo contrario, el miedo – fobia permanecerá e incluso aumentará.

Por tanto, se propone que el paciente se reintegre a su trabajo a principios de mayo de 2009, manteniendo las sesiones terapéuticas durante el mes de abril para consolidar las actitudes de afrontamiento a la fobia específica y 4 sesiones más una vez esté trabajando.

En la visita conjunta con la psiquiatra se determina pauta de reducción de la medicación con vistas a eliminarla totalmente.

A aproximadamente 1 año y 5 meses después del accidente, se emite alta por mejoría para reincorporación laboral.

Se realiza una sesión de seguimiento después de la reincorporación laboral para conocer el estado del paciente, ya que había un fuerte miedo a regresar a su trabajo, poniendo en alerta sus mecanismos anticipatorios e imaginarios, dando lugar a un rechazo a su entrada a trabajar. Se constata que se encuentra predispuesto, activo y trabajando. Por lo tanto, se decide que no es necesario mantener más sesiones de psicoterapia ya que el trauma vivido se encuentra estabilizado.

## **FUENTES Y/O INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE LOS DATOS**

Para analizar el caso anteriormente descrito, se ha analizado primero la historia clínica del paciente estudiado y después, se ha hecho una revisión exhaustiva de la literatura sobre el TEPT, de los últimos 20 años (artículos en español o inglés), resumiendo los aspectos más relevantes, centrados en la identificación de los factores asociados a la aparición del trastorno, su relación con la reincorporación laboral y los instrumentos más usados en la práctica para tratarlo.

La búsqueda se ha realizado a través de PubMed usando las siguientes palabras claves: “trastorno de estrés postraumático” / “posttraumatic stress disorder”, “salud mental” / “mental health”, “estrés ocupacional” / “occupational stress”

## **RESULTADOS**

Dado que el objetivo de este trabajo es el análisis de un caso clínico en particular junto con la información encontrada en la literatura científica, los resultados obtenidos tienen dos apartados, una parte práctica que explica el análisis del caso y una parte teórica que resume los aspectos relevantes de la bibliografía consultada.

### **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

#### **EPIDEMIOLOGÍA**

El TEPT es uno de los trastornos de ansiedad más frecuente en la población general con prevalencias entre el 5% y el 10% (8).

Durante las últimas décadas, y sobre todo en EE.UU., se ha llevado a cabo una amplia investigación epidemiológica sobre la población general que ha proporcionado información muy valiosa sobre este trastorno. Entre los estudios publicados destacan principalmente dos de ellos, tanto por su extensión como por su rigor científico.

El primero es el Epidemiologic Catchment Area Survey (ECA) en el que se evaluaron los diferentes trastornos psiquiátricos en una muestra de más de 18.000 adultos pertenecientes a cinco comunidades de EE.UU. según los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) y utilizando como instrumento de evaluación la Diagnostic Interview Schedule (DIS) (8).

El otro gran estudio es el National Comorbidity Survey (NCS) entre 1990 y 1992, con una muestra de 8.098 personas con edades entre 15 y 45 años, no institucionalizadas, pertenecientes a 34 estados norteamericanos. En este estudio se utilizaron los criterios del DSM-III-R y como instrumento de evaluación una versión modificada del Composite

International Diagnostic Interview (CIDI), basada en el DIS y diseñada para ser aplicada por entrevistadores que no fueran clínicos (8).

Debido a la heterogenidad de muestras, criterios e instrumentos de evaluación utilizados, el análisis que puede llevarse a cabo es el meramente descriptivo, con el fin de resaltar la magnitud que alcanza el TEPT en determinadas situaciones o grupos de población. La Tabla 1 muestra un resumen extraído de la literatura, a través de los diversos estudios analizados, de la variación de prevalencia del TEPT en función de estas variables.

**TABLA 1.** Prevalencia del trastorno del estrés postraumático en poblaciones expuestas a acontecimientos traumáticos. Revisión bibliográfica

<i>Grupo de población</i>	<i>Autor</i>	<i>Año</i>	<i>Lugar</i>	<i>Prevalencia (%)</i>
Veteranos de guerra	Kulka y cols.	1990	EE.UU.	52
	Bleich y cols.	1997	Israel	100
Prisioneros de guerra	Engdahl y cols.	1997	EE.UU	53
Bomberos	Mc.Farlane	1989	Australia	30
	Wagner y cols.	1998	Alemania	24,5
Víctimas de accidentes de tráfico	Koren y cols.	1999	Israel	32
	Ursano y cols.	1999	EE.UU.	34,4
Supervivientes de un tiroteo	North y cols.	1994	EE.UU.	20 varones
				36 mujeres

El inicio del trastorno suele ser anterior a los 45 años en la mayoría de los estudios.

La mayoría de los estudios señalan una mayor prevalencia-vida entre las mujeres, aunque en algunos de los trabajos esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Uno de los estudios donde esta diferencia es más clara es el NCS, en el que las mujeres presentan un riesgo de padecer el trastorno cerca de cinco veces mayor que los varones.

Según el estudio ESSEMeD la prevalencia vida del TEP en la población general en España es del 1,95% (IC 95% 1,18-2,73), siendo del 2,79% (IC 95% 1,71-3,87) en la mujer, frente al 1,06% (IC 95% 0,0-2,2) en el caso del varón. En USA las cifras son mucho más altas, con valores que superan tres veces las cifras españolas (8).

La prevalencia de cada uno de los acontecimientos traumáticos es un dato que depende en gran medida de las características de la muestra. En el NCS se investigó el acontecimiento traumático más impactante entre los individuos que referían haber sufrido más de una experiencia traumática con el siguiente resultado:

**TABLA 2.** Frecuencia de los acontecimientos traumáticos según el género. Revisión bibliográfica

<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>
Violación	Violación
Combatir en una guerra	Acoso sexual
Presenciar agresión/asesinado	Enterarse de una desgracia
Abusos físicos en la infancia	Presenciar agresión/asesinado
Enterarse de una desgracia	Accidente de tráfico
Accidente de tráfico	Agresión física
Agresión física	Abusos físicos en la infancia
Amenaza con arma	Amenaza con arma
Desatención en la infancia	Desatención en la infancia
Acoso sexual	

Probabilidad de desarrollar TEPT varía según el tipo de acontecimiento traumático al que se ha visto expuesto el individuo:

**TABLA 3.** Prevalencia del TEPT en hombres y mujeres según el acontecimiento traumático. Revisión bibliográfica

<i>Acontecimiento traumático</i>	<i>Varones (%)</i>	<i>Mujeres (%)</i>
Violación	65,0	45,9
Acoso sexual <sup>a</sup>	12,2	26,5
Agresión física <sup>a</sup>	1,8	21,3
Combatir en una guerra <sup>a</sup>	38,8	-
Enterarse de una desgracia <sup>a</sup>	4,4	10,4
Amenaza con arma <sup>a</sup>	1,9	32,6
Accidente de tráfico	6,3	8,8
Presenciar agresión/asesinado	6,4	7,5
Desatención en la infancia	23,9	19,7
Abusos físicos en la infancia <sup>a</sup>	22,3	48,5

<sup>a</sup>Diferencia entre sexos  $p < 0,05$

Datos del National Comorbidity Survey, 1995

En atención primaria, resulta frecuente encontrar pacientes que han sufrido exposición a sucesos traumáticos, con altas prevalencias del TEPT. En una muestra de 502 pacientes de atención primaria en USA con uno o más trastornos de ansiedad se encontró que el 17% informó no haber sufrido evento traumático alguno, el 46% sí lo había sufrido pero no había desarrollado un TEPT y el 37% además de haberlo sufrido cumplía los criterios DSM-IV de este trastorno. Padeecer TEPT estuvo asociado con una mayor probabilidad de sufrir problemas médicos que si se padecía cualquier otro

trastorno de ansiedad diferente y fue un predictor más fuerte que haber sufrido una historia de trauma, lesión física, estilo de vida o depresión comórbida, para el número de problemas médicos autoinformados (incluyendo anemia, artritis, asma, dolor de espalda, diabetes, eczema, trastornos de riñón, pulmón y úlcera) (8).

Los desastres son acontecimientos o sucesos traumáticos de una cierta intensidad, que afectan por lo general a un elevado número de personas de manera importante, produciendo en un primer momento pérdidas de familiares o amigos, daños para la salud, o la economía, destrucción de la residencia, o el trabajo, reacciones emocionales muy intensas (como el pánico), etc. A su vez, estos daños, pérdidas, reacciones emocionales, vivencias traumáticas, recuerdos y pensamientos intrusivos, etc., van produciendo a corto, medio y largo plazo nuevas consecuencias para la salud, así como secuelas psicológicas, entre otros.

El estudio de las consecuencias psicológicas de los desastres ha ocupado un lugar destacado en los estudios epidemiológicos, pero ha cobrado un fuerte interés desde los atentados terroristas del 11 de Septiembre de 2001 en Nueva York, sin duda el desastre más importante provocado por la mano del hombre con fines terroristas. El tipo de desastre (natural vs. provocado por el hombre) parece influir sobre la prevalencia del TEPT, siendo más intensas las consecuencias psicológicas derivadas de los traumas que se realizan con el fin de hacer daño.

En Madrid, tras los atentados del 11-M, la cifra total de TEP relacionado con los atentados fue de un 2,3% en la población general de la ciudad, con un 4,3% en las zonas próximas a las explosiones. En el caso de las mujeres, 3,5% en los 21 distritos de Madrid y 7,4% en las mujeres que residían en estas zonas afectadas. Tras los atentados del 11-S, la prevalencia del TEP en Nueva York alcanzó la cifra de 7,5% de la población, llegando hasta un 20% en las personas que residían cerca de la zona cero, frente al 6,8% del resto de la ciudad (8).

## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DEL TEPT

Se deben considerar tres factores que influyen en la aparición del estrés postraumático y que están íntimamente ligados: factores previos al evento, el grado y proporción del trauma y las características de la persona que lo ha experimentado.

Con respecto a los factores previos al evento, se pueden mencionar los siguientes: inestabilidad familiar, abuso temprano de sustancias, exposición previa a graves o adversos eventos de vida o traumas.

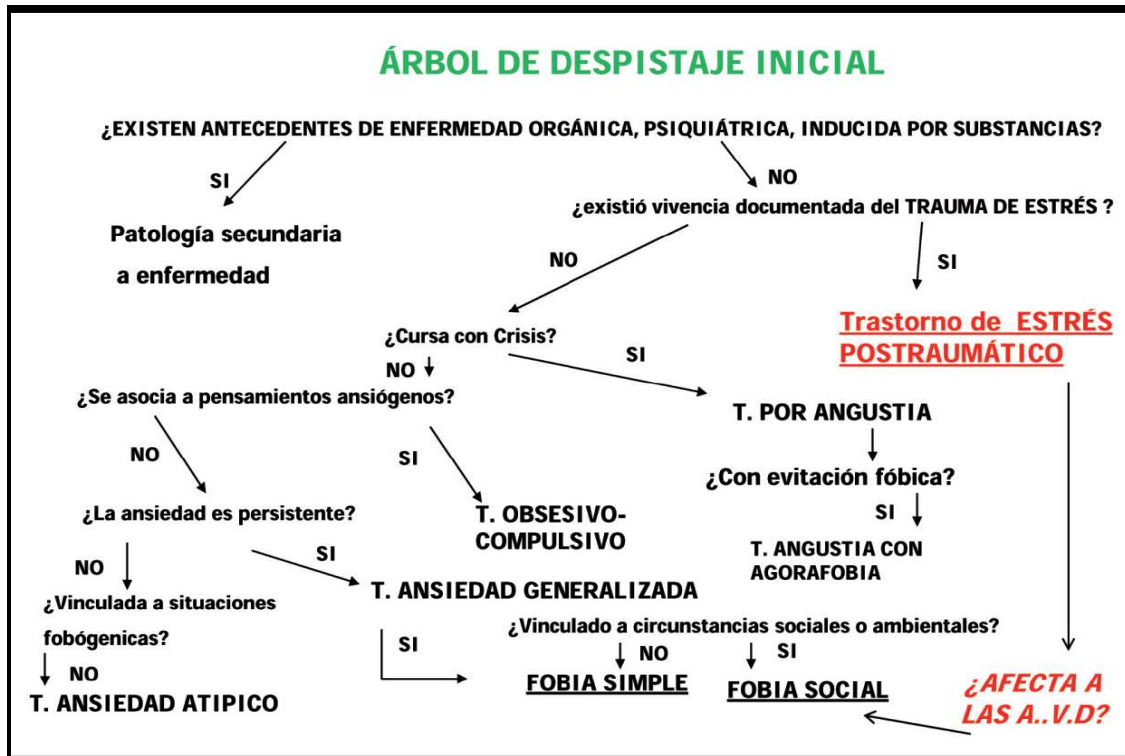
Las características de la persona incluyen: la edad (ser joven en el momento del evento), el género ( parece que la mujer tiene el doble de probabilidades de desarrollar el TEPT en algún momento de su vida), habilidades de afrontamiento inefectivas, ciertos rasgos de personalidad, depresión o ansiedad tempranas.

Se ha encontrado que una persona puede afrontar mejor los eventos traumáticos si está motivada para hacerlo, si tiene una actitud optimista, si posee un estilo de afrontamiento activo, y si ha resuelto exitosamente otras crisis.

El diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos o enfermedades orgánicas, que también cursan con clínica de estrés, es imprescindible.

**FIGURA 1.** Algoritmo de verosimilitud diagnóstica





Fuente: Trauma Fund MAPFRE Vol 20, Nº 2, abril/junio 2009 (9)

Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los acontecimientos familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de la personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del TEPT. También puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento es extremadamente traumático. Ciertas características del evento traumático, como percibir que la vida está seriamente amenazada, incrementan el riesgo de padecer TEPT. Las evidencias acumuladas indican que, aunque el riesgo de sufrir un TEPT varía según los tipos de trauma, una gran proporción de los que se exponen a traumas severos no desarrollan la enfermedad.

La desaparición de los síntomas puede facilitarse gracias a lo que se denomina “variables de contención social”, entre las que se incluyen: la reinserción en la vida social y laboral, la comprensión de la sociedad por lo sucedido y la imagen del paciente ante la

comunidad, entre otros factores. Es importante también la apreciación que el individuo tiene sobre su calidad de vida.

### **EL TEPT y su relación con el medio laboral**

**Uno de los conflictos que pueden surgir entre el individuo y el mundo del trabajo es la subordinación disciplinada de las necesidades personales del trabajador a las demandas del puesto de trabajo.**

**En el lugar de trabajo, el TEPT comienza a aparecer como diagnóstico clínico en casos de accidente laboral y como resultado emocional de la exposición a situaciones traumáticas ocurridas en el lugar de trabajo. Es a menudo objeto de controversia y de cierta confusión en lo que concierne a su relación con las condiciones de trabajo y a la responsabilidad de la empresa cuando se formulan reclamaciones por daños psicológicos. Cada vez se pide con mayor frecuencia a los médicos de empresa que ayuden a definir las políticas empresariales en el manejo de estas demandas por exposición o lesión, y que den su opinión profesional acerca del diagnóstico, tratamiento y situación laboral definitiva del trabajador afectado.**

**Entre los factores favorecedores de un TEPT en el lugar de trabajo son:**

**-Adaptación a los horarios de trabajo. Muchos trabajadores soportan la carga de tener que adaptarse al cambio de turnos, lo que puede causar somnolencia y fatiga.**

**-Horarios. La necesidad de cumplir horarios que suelen caracterizarse por su escasa flexibilidad constituye a menudo un importante factor de estrés.**

**-Trato con el público. Hacerse frente a las exigencias del público, en ocasiones poco razonables, representa una fuente considerable de estrés.**

**-Aislamiento. El trabajo en solitario constituye un factor de riesgo importante. Si surge un problema, la consecución de ayuda puede plantear dificultades y demorarse. Además, si el personal no se mantiene ocupado, el aburrimiento puede provocar pérdidas de atención que favorecen los accidentes.**

**-Estancia fuera de casa.** Al estrés derivado de vivir con el equipaje preparado y de tener que adaptarse a comidas y alojamientos desconocidos, hay que añadir el causado por la separación de familiares y amigos.

**-Problemas de salud.** En la mayoría de los países industrializados, se obliga a los trabajadores a someterse a exploraciones médicas periódicas con el fin de comprobar su capacidad física y psicológica para cumplir con los requisitos establecidos en la legislación. La agudeza visual y auditiva, la fuerza y flexibilidad musculares son algunos de los aspectos analizados.

**-Drogas y alcohol.** Los medicamentos consumidos en el tratamiento de diversos trastornos pueden provocar somnolencia y perjudicar la capacidad de atención, el tiempo de reacción y la coordinación, sobre todo cuando se combinan con la ingestión de bebidas alcohólicas.

En los centros de trabajo, distintas situaciones o acontecimientos pueden implicar un riesgo de reacciones de estrés postraumático. Entre ellos se encuentran la violencia y el delito entre trabajadores, los accidentes mortales o graves y la muerte repentina o la crisis médica, como un ataque cardiaco. Estas situaciones pueden dar lugar a resultados negativos, como reacciones de estrés postraumático que lleguen a niveles críticos y otros efectos relacionados con el estrés que afecten a la salud y al rendimiento laboral del trabajador, incluyendo la evitación del lugar de trabajo, los problemas para concentrarse, las alteraciones del estado de ánimo, el retraimiento social, el abuso de sustancias psicoactivas y los problemas familiares. Estas consecuencias afectan no solo a los trabajadores, sino también al personal administrativo. ([http://www.ucm.es/info/seas/estres\\_lab/enciclo/Trabajo\\_y\\_salud\\_mental.pdf](http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/enciclo/Trabajo_y_salud_mental.pdf)) (10)

El personal directivo y sanitario de la empresa debe funcionar como un solo equipo y mantenerse alerta ante la posibilidad de reacciones de estrés que aparezcan semanas o meses después del acontecimiento traumático. Cualquier cambio de comportamiento incluyendo un aumento del absentismo, o incluso un aumento importante de las horas de trabajo puede ser una señal.

Un plan de respuesta a las crisis debe cumplir tres objetivos fundamentales:

- (1) prevención de las reacciones de estrés postraumáticas llegando a las personas afectadas antes de que se instaure el proceso**
  - (2) comunicación de la información relacionada con la crisis, a fin de limitar y controlar los rumores**
  - (3) transmitir confianza en que los directivos pueden controlar la crisis y demostrar preocupación por el bienestar de los empleados**
- [http://segind.blogspot.com/2009\\_03\\_01\\_archive.html](http://segind.blogspot.com/2009_03_01_archive.html) (11)**

## BASES BIOLÓGICAS

El trastorno por estrés postraumático es un trastorno crónico e incapacitante, para el cual sólo existen, hasta la fecha, tratamientos parcialmente efectivos. Un mejor conocimiento y profundización en las bases psicobiológicas de este trastorno puede constituir una herramienta de gran ayuda para liberar a los pacientes de sentimientos o comportamientos pertenecientes al pasado.

Las bases biológicas de esta enfermedad representan las consecuencias a largo plazo de un fallo del organismo para recuperarse de una situación traumática o las consecuencias biológicas que se producen en respuesta a recuerdos de sucesos que no están ocurriendo en tiempo real.

Por su naturaleza, la biología de este trastorno es diferente de la biología del estrés, ya que se trata de un proceso que ocurre después de que la situación de estrés deja de estar físicamente presente.

En la actualidad existen evidencias que indican que la disregulación de los sistemas glutamatérgico, noradrenérgico, serotoninérgico y de determinados sistemas neuroendocrinos desempeñan un papel fundamental en esta enfermedad. Esos cambios biológicos provocan alteraciones estructurales y funcionales que se manifiestan como síntomas (tales como *flashbacks* e hiperactivación) clásicamente asociados con ella (12).

La liberación de cortisol, hormona primaria del estrés, es una respuesta funcional debida a la activación del eje hipotálamo- hipófisis- adrenal (HHA). Esta acción se

autorregula mediante la inhibición de la liberación de CRH y de ACTH por el mismo cortisol, lo que permite circunscribir el efecto del estrés agudo sin llegar a dañar los tejidos. Su ciclo en feed-back es un mecanismo fisiológico para la homeostasis psíquica. Con terapia precoz hay expectativas de recuperación (13).

Aunque la activación de SNS inducida por el estrés es protectora a corto plazo, puede generar, a largo plazo, secuelas negativas en algunos individuos. En muchos pacientes que desarrollan el trastorno, el SNS parece responder de modo hiperactivo ante determinantes estímulos relacionados con acontecimientos traumáticos. La naturaleza y extensión de dicha hiperactivación ha sido objeto de numerosos estudios.

El ritmo de secreción de cortisol tiene peculiaridades en el TEPT. La liberación diurna de cortisol es similar a la de sujetos sanos, pero a la tarde se reduce; hay una mayor fluctuación del cortisol durante el día, al igual que en las primeras horas de la mañana. La medición del cortisol en el momento más cercano al hecho traumático puede tener valor pronóstico (12).

Un estresor aversivo producirá liberación de acetilcolina, pero luego se generará el efecto opuesto y se reducirá. Este efecto bifásico tiene relación con las alteraciones de memoria que ocurren en el TEPT como son: el refuerzo de ciertas memorias y pérdida de otras, lagunas o memoria cambiante. Un recuerdo muy elaborado del momento del trauma emocional es contrario a los efectos fisiológicos propios del TEPT (12).

La activación de la amígdala provoca liberación de opioides endógenos, que producirán una analgesia inducida por estrés; los opioides interactúan con el sistema dopaminérgico, que podría facilitar la falta de motivación o el embotamiento emocional en estos pacientes (12).

Están identificadas las estructuras cerebrales que participarían en la etiopatogenia del TEPT, como son la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal.

**TABLA 4.** Estructuras cerebrales afectadas en el TEPT. Revisión bibliográfica

	<i>Función</i>	<i>Alteración</i>
Hipocampo	Memoria declarativa verbal	Fragmentación de la memoria
	Integración espacio-temporal	Amnesia del trauma
Amígdala	Miedo condicionado	Incremento del condicionamiento
	Memoria emocional	Hipersensibilización

		Reforzamiento memoria traumática
Córtex prefrontal	Inhibición de estímulos	Fallo inhibición de cogniciones irrelevantes
	Inhibición de activación amígdala	Pérdida de memoria de trabajo
	Mantenimiento de la atención	Pérdida de la contención de emociones
		Aumento de intrusiones
		Déficits en atención/ concentración

Bremner y col. Publicaron el primer trabajo con Resonancia Nuclear Magnética (RNM) en veteranos de Vietnam y encontraron una reducción del volumen del hipocampo derecho del 8%, pero esto sólo se visualizó unos años después. Estudios posteriores mostraban una tendencia a la reducción del volumen del hipocampo con cifras que iban del 3% al 30%, según cada observador (12).

El volumen normal del hipocampo es de unos 4 cm<sup>3</sup> y no hay diferencias significativas en adultos sanos entre 21 y 79 años, ni entre sexos. Por debajo de 3.000 mm<sup>3</sup> sería compatible con hipotrofia de campo. Hipotrofias ligeras de un 4-7% son suficientes para ocasionar un daño neuro-psíquico significativo. La reducción hipocampal se asocia con la severidad o la duración del acontecimiento traumatizante y con la intensidad de los fenómenos disociativos y déficit psíquicos (12).

## INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Los instrumentos más utilizados para la evaluación de la sintomatología relacionada con el TEPT han sido habitualmente los autoinformes, entre los que podemos encontrar dos tipos de instrumentos de evaluación, por una lado las entrevistas y por el otro los cuestionarios, inventarios y escalas. Adicionalmente, en la actualidad los investigadores han dirigido también su interés a la búsqueda de marcadores psicofisiológicos y neurobiológicos característicos de los pacientes con TEPT.

### *Evaluación mediante entrevista diagnóstica y mediante autoinforme*

Comenzaremos describiendo las tres *entrevistas* más utilizadas para la evaluación del TEPT:

- Structured Clinical Interview for PTSD (SCID) (12). Está basada en criterios para el TEP del DSM III-R, permite comprobar la existencia del trastorno y sus diferentes síntomas, si bien no llega a indicar la frecuencia de los mismos. Ha sido utilizada con frecuencia para realizar evaluaciones pre-postratamiento.
- Clinician Administered PTSD Schedule (CAPS) (13). Es otra de las entrevistas más utilizadas y también fue diseñada como la anterior, bajo los criterios del DSM III-R. Sus mayores limitaciones se encuentran en la necesidad de invertir mucho tiempo para su administración (60 minutos), y en que su diseño y aplicación solo está enfocado a excombatientes de guerra.
- PTSD Symptom Scale Interview (PSS-I) (14). La primera de las entrevistas que ha sido diseñada y utilizada para las víctimas de agresiones sexuales. Arroja información sobre la severidad de cada uno de los síntomas, se invierten 20 minutos en su administración y su formato permite modificarla para otros tipos de situaciones traumáticas.

En cuanto al segundo tipo de instrumentos de evaluación, los *cuestionarios, inventarios y escalas*, existe un buen número de ellos que, además, han demostrado buenas propiedades psicométricas.

- Impact of Event Scale (IES) (15). Un instrumento breve que solo incluye dos escalas relacionadas con los síntomas de intrusión y evitación. Las correlaciones obtenidas con otros autoinformes, son bajas, pero sin embargo, al ser uno de los primeros instrumentos diseñados sigue siendo uno de los más usados. Ha sido utilizado para diferentes situaciones traumáticas, como por ejemplo víctimas de desastres naturales y accidentes, combatientes de guerra y víctimas de ataques sexuales.
- Mississippi Scale for Combat-Related Post-traumatic Stress Disorder (M-PTSD) (16). Se diseñó originalmente para combatientes y para evaluar el trastorno por estrés postraumático relacionado con el combate, aunque posteriormente se ha desarrollado una versión para civiles. La gran limitación de este instrumento es que no muestra una correspondencia directa con los criterios del DSM-IV por lo

que se hace difícil establecer un punto de corte para determinar la presencia o ausencia del trastorno.

- PTSD Symptom Scale-Self Report (PSS-SR) (14). Tiene la característica de estar diseñado especialmente para la evaluación en víctimas de agresiones sexuales, permitiendo conocer tanto los síntomas como su severidad, y está adaptado a los criterios del DSM III-R y a los del DSM-IV.
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (17) y *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2) (18). Dentro de ambos cuestionarios de personalidad encontramos dos escalas que aportan información sobre el trastorno por estrés postraumático. Por un lado la escala Keane PTSD Scale (PK Scale) (19) y por otro, la denominada Schlenger and Kulka PTSD Scale (PS Scale) (20), que arrojan información sobre la existencia o ausencia de la existencia del trastorno.
- Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) (21). Aporta información similar a la del cuestionario de personalidad anterior, es decir, solo puede confirmar la existencia o ausencia del trastorno. La versión original, MCMI-I, aparece en 1977. Posteriormente se realizaron dos revisiones: MCMI-II en 1987 y MCMI-III en 1994. Las dos últimas se continúan usando en la práctica clínica y en investigación. Consta de 175 ítems dicotómicos. Los ítems tienen una ponderación de 1, 2 o 3 puntos. Evalúan 22 escalas clínicas (24 en el MCMI-III) y 4 escalas de validez. Soporte teórico y de investigación con el objetivo de suministrar información clínica para tareas de evaluación y toma de decisiones de tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales.
- Penn Inventory (22). Ha sido validado tanto para situaciones traumáticas civiles como de combate. Además ha demostrado buenas propiedades psicométricas y aporta información de la frecuencia e intensidad de los síntomas que aparecen en los criterios del DSM-III- R.

## TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento del TEPT, van dirigidos a:



- Disminuir los síntomas.
- Prevenir complicaciones crónicas.
- Rehabilitación social y ocupacional.

### *Terapias conductual-cognitivas*

La mayor parte de los procedimientos que han probado su eficacia en aliviar la sintomatología del TEPT se fundamentan en las conceptualizaciones conductual y cognitiva de la psicología del aprendizaje. En el marco de la teoría del condicionamiento, el modelo *princeps* utilizado para explicar el desarrollo del TEPT es la teoría bifactorial del aprendizaje de Mowrer (1947, 1960), teoría que supone el aprendizaje del miedo durante el trauma a través del condicionamiento clásico, y el subsiguiente mantenimiento del aprendizaje de evitación de las situaciones-estímulos condicionadas por medio del condicionamiento instrumental. La terapia conductual-cognitiva del TEPT incluye diversidad de estrategias de eficacia desigual.

#### I. Terapia de exposición

En términos generales, las revisiones de los estudios (caso único y con diseños *quasiexperimentales* y experimentales) informan que bajo esta rúbrica se incluyen algunas de las técnicas más eficaces para reducir la sintomatología de pacientes con TEPT. Se asume que la terapia de exposición funciona (particularmente la exposición prolongada o inundación, como veremos más adelante) porque la exposición continuada rompe la asociación entre el estímulo y la respuesta emocional condicionada, lo que promueve la disminución de la respuesta y, en su caso, la extinción por exposición repetida o habituación. Otras formulaciones más recientes apelan a conceptos de procesamiento de información para explicar su funcionamiento. Concretamente, Jaycox y Foa (1996) sugieren que la exposición a los recuerdos traumáticos conducirá a una reducción de los síntomas porque el individuo aprende que: (a) los estímulos que le recuerdan el trauma no le causan daño, (b) recordar el trauma no implica revivir la amenaza, (c) existe una habituación de la ansiedad mientras que el individuo permanece próximo a los recuerdos temidos, y (d) la experiencia de ansiedad no concluye en la

pérdida de control temida. La exposición daría lugar a la mejora a causa de dos procesos distintos, pero relacionados. Primero, existe habituación de la ansiedad. Segundo, existe el aprendizaje de que la exposición no conducirá a la amenaza.

En líneas generales, para reducir la ansiedad condicionada y los recuerdos relacionados con el trauma, la terapia de exposición utiliza diversos procedimientos que varían en función del método de presentación de los estímulos temidos (*in vivo* o vía la imaginación) y en términos de la tasa o la intensidad de la presentación (gradual y jerárquica o no graduada).

Entre las distintas técnicas de exposición, la ***desensibilización sistemática (DS)***, aunque pionera entre todas ellas, se ha utilizado poco y con muy escaso control en el tratamiento del TEPT. Los informes de casos y los estudios sin grupo de control sugieren que la DS posee «efectos beneficiosos» para aliviar la sintomatología post-traumática en veteranos de guerra, en personas que han sufrido accidente de automóvil y en mujeres víctimas de violación.

A partir de los resultados obtenidos en una serie de estudios de caso único, los investigadores centraron su interés en estudiar los efectos de la ***exposición prolongada (EP)*** en pacientes con TEPT. La mayor parte de la evidencia empírica procede de estudios que emplean el procedimiento de exposición en la imaginación (revivenciación del trauma), ya que así lo imponen razones tanto de carácter ético, como aquellas que se refieren a la naturaleza conceptual propia del trastorno (por ejemplo, la sintomatología se presenta a raíz de una violación o de un desastre natural). Los estudios se extienden desde los primeros ensayos clínicos realizados con veteranos de guerra, hasta los estudios más recientes y mejor controlados con mujeres violadas. Entre los primeros, Cooper y Clum (1989) asignaron al azar a 8 veteranos del Vietnam con TEPT a un grupo de tratamiento estándar (psicofarmacológico) y a otros 8 a un grupo de tratamiento estándar + inundación en imaginación. Los sujetos se encontraban equiparados en edad, estado civil, raza, comorbilidad y medicación psicotrópica. Los resultados mostraron que el componente terapéutico añadido mejoraba considerablemente los síntomas del TEPT, aunque no influyó ni en la depresión, ni en la ansiedad como rasgo.

Han seguido ensayos clínicos y los estudios mejor controlados con mujeres violadas realizados por Foa y su grupo (Foa, Rothbaum, Riggs, y Murdock. 1991; Foa *et al* 1999). En el primero, mujeres víctimas de violación eran asignadas al azar a una de las siguientes cuatro condiciones: exposición prolongada (EP), entrenamiento en inoculación de estrés (EIE), asesoramiento de apoyo (AA), o a un grupo de control en lista de espera. Cada tratamiento consistía en 9 sesiones que se llevaban a cabo a lo largo de 5 semanas. Se incluyeron evaluaciones ciegas del post-tratamiento y a los 3 meses de seguimiento. Mientras que el EIE produjo mayores ganancias que el AA o que el grupo de control en lista de espera inmediatamente después del tratamiento, la condición de EP condujo a una reducción mayor de los síntomas de TEPT en el seguimiento. Las investigadoras sugieren que mientras que la EIE promovería una reducción de los síntomas a corto plazo, la EP produciría sus beneficios a la larga, debido a que las redes de miedo son activadas y modificadas. Asimismo, en el seguimiento, el 55% de las pacientes del grupo con EP, el 50% de las del EIE y el 45% de las del AA, dejaban de cumplir con los criterios de TEPT. A pesar de la utilidad de la EP, parece que una proporción significativa de mujeres no responde a este tipo de intervención.

Otros estudios han combinado el uso de la EP en la imaginación y en vivo. Por ejemplo, Richards, Lovell y Marks (1994) compararon la eficacia de ambos métodos en un diseño cruzado en el que pacientes víctimas de traumas diversos eran asignadas al azar o a 4 sesiones de exposición en imaginación seguidas de 4 sesiones de exposición en vivo, o a la inversa. Ambos grupos mejoraron considerablemente en su sintomatología, encontrándose como única diferencia entre ambos el que la exposición en vivo influía más en la evitación fóbica, independientemente del orden en el que fuese aplicada. Este resultado estaría en consonancia con la proposición de que los tratamientos de exposición en la imaginación son por lo general peores a la hora de reducir los síntomas de evitación del TEPT.

Una variante de exposición en la imaginación que en los últimos tiempos ha tenido cierta popularidad es la *desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (DRMO)*, una técnica establecida por Shapiro (1989, 1995) en la que se aparea la exposición en la imaginación con la inducción de movimientos oculares sacádicos.

Considerando la evidencia favorable, diversos estudios sugieren que los pacientes tratados con DRMO mejoran en sus síntomas más que los controles en lista de espera (Rothbaum, 1997; Wilson, Becker y Tinker, 1997), que los pacientes tratados con terapia no directiva (Sheck, Schaeffer y Gillete, 1998) o que los pacientes tratados con entrenamiento en relajación y *biofeedback* (Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlun y Muraoka, 1998). Estos estudios han sido criticados a causa de problemas metodológicos, entre los que sobresalen la ausencia de un grupo de control que permita aislar el posible efecto placebo de la técnica, la ausencia de evaluaciones ciegas, la confianza exclusiva en medidas de autoinforme y la ambigüedad en cuanto a la gravedad del TEPT. Por otra parte, aunque se supone que son los movimientos oculares lo que diferencia a esta técnica del resto de las técnicas de exposición, no está muy claro el papel que desempeñan. Estudios más rigurosos en los que se ha comparado la utilización de la técnica y variantes de la misma (Boudewyns y Hyer, 1996; Pitman *et al* 1996), concluyen que los movimientos oculares no parecen jugar papel beneficioso alguno en la recuperación del trauma. Tampoco parecen proporcionar ganancias terapéuticas adicionales en comparación con el uso de las técnicas de exposición convencionales o con otras terapias conductual-cognitivas.

## II. Terapia cognitiva

La terapia cognitiva (TC) desarrollada por Beck y su grupo (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) se basa en el supuesto de que la interpretación del suceso, más que el propio suceso, es la que determina los estados emocionales y de ahí los pensamientos desadaptativos que conducen a las respuestas patológicas. En suma, la TC se plantea como objetivo identificar las cogniciones desadaptativas y cambiarlas por unas más ajustadas a la realidad.

Mediante esta técnica se enseña a los pacientes a: (i) identificar sus pensamientos desadaptativos; (ii) evaluar la validez de esos pensamientos y cambiar los que resultan erróneos o inútiles; y (iii) sustituirlos por unos más lógicos o beneficiosos.

Los estudios con mujeres víctimas de agresión sexual (p.e., Frank *et al* 1988, Del Corral, Echeburúa, Zubizarreta y Sarasúa, 1995), los estudios de caso (p.e., Thrasher, Lovell, Norshirvani y Livanou, 1996; Espada y Méndez, 2000) o estudios como el de Resick y Schnicke (1992) con su terapia de procesamiento cognitiva, donde la TC se combina con la EP, sugieren efectos beneficiosos, pero no permiten esclarecer la eficacia diferencial de la TC con respecto a la exposición u otras modalidades de tratamiento con las que se combina. Una serie de ensayos clínicos y estudios controlados recientes han intentado aclarar este panorama. Foa, Feeny, Zoellner, Fitzgibbons y Hembree (1998) concluyen que la combinación de EP + TC proporciona mayores ganancias terapéuticas que la aplicación en solitario de EP. Un resultado similar es el que obtuvieron Resick, Nishith, Weaver y Astin (1998) con mujeres violadas y en el que la terapia de procesamiento cognitiva producía mayores beneficios que la simple EP. Uno de los mejores estudios ha sido el realizado por Marks, Lovell, Norshirvani, Livanou y Thrasher (1998), quienes encontraron que tanto la RC, la EP y una condición combinada de ambas eran igualmente eficaces en reducir la sintomatología post-traumática y superiores a una condición de relajación. Una conclusión semejante se ha obtenido en los estudios de Tarrrier *et al* (1999) y Tarrrier, Sommerfield, Pilgrim y Faragher (2000). A partir de los estudios mencionados puede concluirse que tanto la EP como la RC resultan igualmente eficaces, aunque siguen faltando estudios cuyo objetivo sea el de apresar la eficacia de la interacción entre ambos tipos de tratamiento.

### III. Terapia para el manejo de la ansiedad

De entre los diversos programas de entrenamiento para el manejo de la ansiedad, el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) ha sido el más utilizado para reducir los síntomas de ansiedad en el estrés post-traumático. El EIE, desarrollado por Meichenbaum (1975, 1985), tiene como objetivo la adquisición y aplicación de habilidades de afrontamiento e incluye diversas técnicas: educación, relajación muscular profunda, control de la respiración, juego de roles, modelamiento, detención de pensamiento y entrenamiento autoinstruccional. La eficacia de la EIE se ha puesto a prueba básicamente en mujeres violadas. En uno de los primeros estudios realizados por Veronen y Kilpatrick (1983), el EIE daba lugar a la disminución de los niveles de ansiedad relacionados con la

violación. Resick, Jordan, Girelli, Hutter y Marhofer-Dvorak (1988) compararon la eficacia del EIE, el entrenamiento asertivo y la psicoterapia de apoyo, utilizando una condición de control. Las mujeres violadas asignadas a las distintas condiciones de tratamiento mejoraron de manera moderada y similar en el malestar subjetivo relacionado con el trauma, depresión, autoestima y miedos sociales. Las ganancias únicamente se mantuvieron en los miedos sociales en el seguimiento realizado a los 6 meses.

Además, en los dos estudios descritos más arriba del grupo de Foa (Foa *et al* 1991, 1999), en el primero, a pesar de que el EIE se mostraba eficaz para reducir los síntomas en las mujeres, esta mejora no continuaba progresando una vez que el tratamiento había finalizado. Igualmente, en el estudio de Foa *et al* (1999), la gravedad del TEPT y la depresión se veían reducidas en el seguimiento, particularmente en la condición de EP, mientras que la condición combinada (EP + EIE) era la que producía una menor mejora. Las investigadoras lo atribuyeron a que las mujeres en esta condición recibieron una cantidad muy reducida de EP.

Novaco y su grupo (Novaco y Chemtob, 1998; Chemtob, Novaco, Hamada y Gross, 1997) han utilizado el acercamiento de la inoculación de estrés para el tratamiento de la ira, una respuesta bastante habitual tras el sufrimiento de una experiencia traumática y que con frecuencia acompaña al TEPT. De hecho, la activación de la ira en la EP se ha considerado como un obstáculo para el funcionamiento eficaz del tratamiento. Teniendo en cuenta estos aspectos, Chemtob *et al* (1997) mostraron la eficacia de un programa de tratamiento de la ira que combinaba las distintas técnicas en manejo de la ansiedad con la terapia cognitiva.

### *Hipnoterapia*

El uso de las técnicas hipnóticas en el tratamiento del TEPT tiene su justificación a la hora de abordar la sintomatología disociativa, síntomas disociativos que representan uno de los elementos cruciales que diferencian las categorías de TEA y TEPT.

Desde un punto de vista terapéutico la hipnosis cumpliría tres funciones: la recuperación del material traumático disociado, la reconexión entre el afecto y el material

recordado, y la transformación de los recuerdos traumáticos. Aunque algunos estudios de caso respaldan su uso en el TEPT (Spiegel, 1988, 1989; Jiraneck, 1993; Leung, 1994), la mayor parte carecen del rigor metodológico suficiente como para considerar a la hipnosis como un tratamiento eficaz para el TEPT.

### *Terapia farmacológica*

El objetivo es ofrecer una síntesis de los mejores resultados obtenidos en este área. Se parte de que la terapia conductual-cognitiva puede o no ir acompañada de la propiamente farmacológica en el tratamiento del TEPT (o de otros trastornos) y si le acompaña, las decisiones relativas al momento de la aplicación, duración del tratamiento y sobre qué síntomas, conductas o estados psicológicos resulta más eficaz, son aspectos de importancia a considerar por el profesional. La administración única y exclusiva de terapia farmacológica carece de sentido como tratamiento del TEPT, y ésta es una de las razones que explica la ausencia de estudios encaminados a determinar la eficacia diferencial de ambos tipos de tratamientos: psicológicos/farmacológicos. En líneas generales, las investigaciones fisiológicas y neuroendocrinológicas del TEPT sugieren la presencia de alteraciones en los centros noradrenérgicos (particularmente en el *locus coeruleus*, considerado como un centro de alarma y cuya activación persistente explicaría la hiperresponsividad de las personas con TEPT crónico); en la actividad de la serotonina, y con ello problemas en la regulación del sueño o el control de los impulsos; en el proceso de encendido y sensibilización (disminución progresiva del umbral de excitabilidad con el tiempo a través de la estimulación eléctrica del cerebro, lo que convierte a la persona en más propensa a la hora de desarrollar ciertos síntomas); y también el fracaso en la habituación a la respuesta de sobresalto (23). Considerando estos aspectos, con el tratamiento farmacológico del TEPT se pretende reducir la frecuencia y gravedad de los síntomas intrusivos, la tendencia a interpretar los estímulos entrantes como recurrencias del trauma, la hiperactivación generalizada y la condicionada a los estímulos reminiscentes del trauma, la conducta de evitación, los síntomas disociativos, los impulsos agresivos contra uno/a mismo/a y contra los demás, así como mejorar el ánimo depresivo y el embotamiento (23). Los fármacos existentes se han agrupado en tres categorías. En primer lugar, los antidepresivos, en el que se

incluyen los tricíclicos, los inhibidores de la monomaminoxidasa (MAO) y de la reabsorción de la serotonina. En segundo lugar, los estabilizadores del estado de ánimo. Finalmente, un apartado reservado para otras sustancias.

## I. Antidepresivos

El uso de los diferentes tipos de antidepresivos con el TEPT tiende a ser frecuente, de modo que incluso ha conducido a cierta discusión en torno a si tienen un efecto real sobre el trastorno o si su efecto se asocia únicamente con los síntomas depresivos. La conclusión general es que los antidepresivos poseen algún valor pero que no son totalmente eficaces.

En diferentes ensayos clínicos se han utilizado antidepresivos, siendo los de uso más frecuente los *tricíclicos* (imipramina, desipramina y amitriptilina). Frente a la eficacia inicial informada de la imipramina (Burstein, 1984), otros estudios con mejores controles han dado lugar a resultados confusos. Por una parte, en el estudio de Frank, Kosten, Giller y Dan (1988), la imipramina resultó más eficaz que la fenelcina, que a su vez fue mejor que una condición placebo. Sin embargo, en el estudio de Kosten, Frank, Dan, McDougle y Giller (1991), la fenelcina resultó mejor que la imipramina. Por lo que se refiere a la desipramina, en principio se registraron únicamente efectos sobre los síntomas depresivos (Reist *et al* 1989). Estudios posteriores han encontrado efectos menores sobre la sintomatología post-traumática (Reist, Kauffman, Chicz-DeMet, Chen y DeMet, 1995). La amitriptilina fue empleada en los estudios de Davidson y su grupo (Davidson *et al* 1990; Davidson *et al* 1993). En el primero se encontró una eficacia modesta en comparación con una condición placebo en diversas medidas del TEPT, ansiedad y depresión. El segundo mostró que las diferencias entre el grupo de tratamiento y placebo eran mayores cuando se aplicaba a aquellas personas cuya sintomatología era menos grave, personas en las que la sustancia resultaba más eficaz.

Igualmente, los *inhibidores de la monoaminoxidasa* (MAO) se han utilizado con el TEPT. En el estudio mencionado de Kosten *et al* (1991) se encontró que la fenelcina produjo un efecto positivo sobre los síntomas de reexperienciación y de evitación. Los



estudios de Davidson, Walker y Kilts (1987) y De Martino, Mollica y Wilks (1995) también informan de efectos positivos sobre la sintomatología post-traumática. Frente a ello, no se obtuvo ningún beneficio con su uso en los estudios de Lerer *et al* (1987) y Shestatzky, Greenberg y Lerer (1988). Independientemente de los efectos positivos o negativos sobre la sintomatología post-traumática, el uso de esta sustancia posee diversos efectos colaterales, tales como alteraciones sexuales, perturbación del ciclo de sueño y vértigos, lo que hace poco recomendable su uso. Recientemente, se han desarrollado inhibidores selectivos y reversibles de las MAO (moclobemida, brofaromina, cimoxatona), cuyos efectos parecen más prometedores, aunque no en todos los casos existe una comercialización de los mismos.

También se han realizado ensayos con los *inhibidores de la reabsorción de la serotonina*, debido a su relación con el control de los impulsos y por ello con los pensamientos intrusos. Las sustancias que principalmente se han utilizado en la investigación han sido la fluoxetina, la fluvoxamina y la sertralina. Con la fluoxetina diversos estudios informan de efectos positivos sobre la sintomatología del TEPT. Por ejemplo, en el ensayo de Shay (1992) esta sustancia se mostró particularmente eficaz para reducir las explosiones de cólera. En uno de los estudios mejor controlados (Van der Kolk *et al* 1994), en el que la administración de la fluoxetina se comparó con una condición placebo en una muestra de 64 personas, aproximadamente la mitad veteranos de guerra y la otra mitad personas que habían sufrido traumas diversos, se registraron efectos beneficiosos, sobre todo en el segundo sub-grupo. Además, también se mostró eficaz para reducir los síntomas depresivos. No obstante, la mayor parte de los estudios exigen la administración de dosis altas (unos 80 mg diarios) durante períodos prolongados. En relación con la fluvoxamina, de Boer *et al* (1992) encontraron que daba lugar a efectos modestos pero significativos en 17 de 24 pacientes, después de 4 semanas de tratamiento. También se han informado efectos beneficiosos de la sertralina. En un ensayo con 9 pacientes con comorbilidad de TEPT y abuso de alcohol se mostró eficaz, no sólo para reducir la sintomatología TEPT, sino también la conducta de bebida (Brady, Sonne y Roberts, 1995).

## II. Estabilizadores del estado de ánimo

Dado que las explosiones de cólera, impulsividad e irritabilidad, así como la oscilación en los estados de ánimo, resultan frecuentes en el TEPT, se ha planteado el uso de los fármacos estabilizadores del estado de ánimo que habitualmente se emplean en el tratamiento del trastorno bipolar. A pesar de la inexistencia de estudios bien controlados, existe un interés considerable acerca de su posible eficacia. Por ejemplo, el *ácido valproico* utilizado en un estudio de caso (Berigan y Holzgang, 1995) y en dos ensayos clínicos (Fesler, 1991; Szimanski y Olympia, 1991) parece desempeñar cierto papel en el tratamiento de la hiperactivación, las explosiones de cólera, la irritabilidad y la evitación. Las sales de *litio* también se han mostrado eficaces a la hora de reducir la irritabilidad y las conductas explosivas. Diversos ensayos clínicos y estudios de casos con veteranos de guerra (Lipper *et al* 1986; Wolf, Alavi y Mosnaim, 1986; Ford, 1996) sugieren que la *carbamazepina* posee efectos beneficiosos a la hora de reducir la hiperactivación, las perturbaciones del sueño y las imágenes del trauma que asaltan al enfermo.

### III. Otras sustancias

Existe otra diversidad de sustancias que han sido utilizadas con el TEPT, aunque no existen estudios controlados con ellas. Al igual que con los antidepresivos, se muestra que poseen algún efecto, aunque no se encuentra que sean «curativas». Una de éstas, el *propranolol*, utilizada durante años para controlar los síntomas físicos de la ansiedad, ha sido administrada para mejorar los síntomas del TEPT. Igualmente, la *clonidina* parece poseer efectos beneficiosos en veteranos de guerra. Concretamente Kolb, Burris y Griffiths (1984) compararon el propranolol y la clonidina, encontrando mejoras con ambas en los síntomas de reexperienciación y de hiperactivación. También se ha utilizado en combinación con la imipramina en refugiados gravemente traumatizados con efectos beneficiosos. Mientras que la administración de *benzodiazepinas* se considera una forma eficaz para reducir la ansiedad poco después de cualquier situación traumática o de pérdida importante para la persona, usándose ampliamente en el contexto del TEA, su empleo en el TEPT es bastante discutible. Braun, Greenberg, Dasberg y Lerer (1990) utilizaron el alprazolam en un estudio controlado, encontrando un efecto modesto del fármaco sobre la ansiedad, pero no sobre los síntomas del TEPT. Además, con esta sustancia se asocian problemas de tolerancia, dependencia y abuso que conduce a efectos

colaterales no deseados, tales como una exacerbación de los síntomas del TEPT, reacciones de ira potencialmente peligrosas y falta de control. Finalmente, aunque falta la realización de estudios bien controlados, otra sustancia empleada ha sido la *bupiriona*, que en diversos estudios de casos y ensayos clínicos (Wells *et al* 1991; Duffy y Mallory, 1994; Fichtner y Crayton, 1994) ha mostrado poseer efectos positivos sobre los síntomas de reexperienciación y de hiperactivación.

## TEPT EN PERSONAS INVOLUCRADAS EN ACCIDENTES DE TRÁFICO

Un accidente de tránsito se define como cualquier accidente de vehículo que ocurra en un camino o una carretera pública, incluidos aquéllos en los que se desconoce el lugar del suceso (24).

La carga de este fenómeno, en términos de salud pública, radica en la elevada morbilidad y mortalidad que genera, las secuelas físicas que produce y el alto coste económico que representa en términos de atención y de días de vida saludable perdidos, además del desequilibrio socioemocional en las familias de los individuos afectados. Los accidentes de tránsito constituyen un problema mundial de salud pública y de desarrollo cuya frecuencia tiende a elevarse. En 2002 se estimó que 1.2 millones de personas en el mundo perdieron la vida como consecuencias de las lesiones sufridas en accidentes de tránsito (3242 muertes diarias en promedio).

Los AA.TT. tienen un coste de 160.000 millones de euros, lo que equivale al 2% del Producto Interior Bruto de la Unión Europea (25).

Según nos indica el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales, en su cuarta edición revisada, se ha desarrollado un TEPT hasta en un 80% de los supervivientes de accidente de tráfico, cuya respuesta al incidente cumplía, inicialmente, los criterios para el diagnóstico de un TEA (3).

En Israel, Koren y sus colaboradores (1999) encontraron que un 32% de los supervivientes de un accidente de tráfico sufría de TEPT. Este dato iba perdiendo fuerza conforme el estudio fue avanzado en las fases posteriores de seguimiento, es decir, a los 3, 6 y 12 meses después.

El mismo año, en EE.UU., Ursano y su equipo de trabajo encontraron una prevalencia del 34,4 % para este tipo de desorden mental, después de un accidente de coche.

La causa de los AATT suele ser multifactorial, nunca es única. Conocerlas nos puede facilitar el manejo de las reacciones de los afectados en la intervención psicológica (especialmente el manejo de la culpa centrada en uno mismo o dirigida hacia otros como causantes del AT).

Cuando una persona conduce realiza esta actividad influida por tres factores (26)

- Estado físico, en el que influyen vivencias inmediatamente anteriores a la conducción (discusiones, disgustos...) y el consumo de sustancias.
- Formación más o menos correcta en la tarea de conducir.
- Actitudes que interaccionan de forma compleja, que tienen en la educación vial su mejor aliada.

En lo que se refiere a accidentes laborales, en conductores profesionales, se establece una relación causal entre el desplazamiento y la prestación del trabajo, procurando no alterar la salida del domicilio o del trabajador (27)

Además, los daños causados por AATT y accidentes laborales son considerables desde el punto de vista económico y social.

Cuando tiene lugar un AT se acrecientan las percepciones olfativas, visuales y auditivas de los afectados, lo cual puede resultar muy molesto para la persona que está implicada. El estado de sobreestimulación sensorial puede desbordar al sujeto y conducirlo a un estado de estupor con reducción del campo de la conciencia y la atención (28).

En estas circunstancias, quienes están implicados pueden manifestar reacciones difíciles de manejar por varios motivos: porque la persona ha sufrido el AT de manera brusca o inesperada, lo ha provocado (intencionadamente, o no) o ha visto como alguien sufría el AT y necesita recibir ayuda de manera urgente...

Las personas también reaccionan (29) , (30) según sus predisposiciones genéticas, historia personal (aprendizajes, entrenamientos, experiencias...), la situación emocional en ese momento (problemas familiares, laborales, duelos u otras pérdidas recientes...), etc.

En un estudio (31) realizado en conductores de coches que sufrieron un AT se vio que las mujeres estaban más concienciadas que los hombres en cuestiones de seguridad respecto a la conducción. También ellas mostraban más síntomas físicos desproporcionados que los hombres conductores, en circunstancias relacionadas con un AT.

Generalmente se produce una amnesia postraumática. Aunque estén conscientes tras el AT a veces tienen lagunas de memoria; por ejemplo, no recordar cómo han salido del coche o si han volcado en la cuneta. Son reacciones normales, y como tales hay que transmitirse a las personas o a los acompañantes de las víctimas.

Se ha visto que el 50% de los involucrados en un A.T. (32) presentaban traumas previos al propio accidente; asimismo la existencia de TEPTs anteriores al AT sensibiliza para poder sufrir otro TEPT.

Un accidente supone siempre (33) una agresión a la integridad de la persona, con las siguientes implicaciones:

1. Significa una grave agresión a la integridad física, originando lesiones.
2. Representa una fuerte agresión a la integridad mental de los afectados, con el impacto emocional asociado.
3. La persona se ve abocada a afrontar procesos médicos y/o quirúrgicos prolongados, hospitalizaciones...
4. Significa una parada brusca en proyectos, expectativas, compromisos, (excepto en suicidios encubiertos o accidentes «deseados»).
5. Implica reformular la vida y los roles familiares.

6. Los problemas físicos pueden ser de tal magnitud que conlleven pérdida de capacidades, conductas de adaptación...

La forma de percibir lo ocurrido y la manera de afrontarlo (34) dependerá de su personalidad, de vivencias anteriores, de las características previas, de las características del accidente y

En los casos en que hay múltiples víctimas puede ser necesario hacer un triage psicológico, igual que se hace en cuanto a lesiones físicas en el ámbito médico. Algunos autores (35) han planteado un modelo con diversos criterios de prioridad que favorecería estas tareas considerablemente.

El AT afecta no sólo a conductores y pasajeros, sino también a testigos que presencian escenas terroríficas para ellos (36), amigos, espectadores y el propio personal de rescate (37). Las personas que pueden requerir atención psicológica son:

- Conductor / otros ocupantes. Para algunos de ellos, que se dirigían al trabajo, se trata de un accidente in itinere.
- Ciclistas /motoristas.
- Peatones / atropellados (muy vulnerables, porque no llevan protección...)
- Observadores o testigos del AT.
- Conductores profesionales (camioneros, taxistas, representantes, repartidores, conductores de autobuses o de vehículos de emergencia...), para los que el AT es además un accidente de trabajo, interrumpiendo la continuidad del mismo.
- Familiares de fallecidos, personas que hay que rescatar (38). Es importante cuidar el primer contacto con los familiares de afectados, para que la intervención sea exitosa.
- Intervenientes (personas que han actuado de alguna manera en el AT): profesionales (sanitarios, bomberos, personal de rescate, policías /guardia civil, trabajadores sociales, otros compañeros...), voluntarios (técnicos de emergencias,

bomberos voluntarios, socorristas...), testigos que ayudan en el accidente (con el consentimiento y bajo supervisión del coordinador la intervención in situ),...

Las investigaciones y los trabajos respecto a la atención psicológica *in situ*, en el propio lugar del AT, son muy escasas. Algunos autores hablan de prevención de lesiones psicológicas apelando a la intervención psicológica temprana, en un corto periodo de tiempo tras el AT, con afectados o víctimas directas (familiares, amigos, testigos...). Esta intervención precoz podría ayudar a afrontar más exitosamente los difíciles momentos de verse implicado en un AT. La intervención con los afectados va dirigida a disminuir la angustia y ansiedad, especialmente en los primeros momentos. Se trata de recuperar el equilibrio roto por la situación vivenciada. Las secuelas psicológicas que se pueden originar remiten con el tiempo en la mayoría de los casos, pero el tiempo que pueden durar estas manifestaciones se reduce mucho con la intervención psicológica (38) . Tras esta situación, que excede las capacidades adaptativas de la persona y que es inesperada, la persona debe adaptarse a la realidad, con más o menos esfuerzo. El interviniente debe buscar la contención de una situación de peligro potencial y la resignificación de la crisis en la vida de la persona (39). Se trata de ayudarlos a recuperarse de forma rápida y efectiva, aceptando sus limitaciones y ayudándolos a descubrir recursos que pueden usar de inmediato (40) .

### **El subsíndrome del TEPT por accidentes de tráfico**

Diferentes autores han señalado que las personas que han sobrevivido a un accidente de tráfico pueden desarrollar un cuadro de síntomas postraumáticos característico, no llegando a cumplir los criterios para el diagnóstico del TEA o del TEPT, y que se ha denominado *Subsíndrome del Trastorno por Estrés Postraumático* (STEPT).

Esta afección se caracteriza por un *miedo intenso* a que el accidente se pueda volver a repetir y por un incremento en la desconfianza e inseguridad, tanto en la conducción como en el pasaje. También, se ha encontrado una **mayor presencia** de síntomas relacionados con la *reexperimentación del accidente* (p.e. en forma de pesadillas, recuerdos intrusivos y hostigadores, emociones y sensaciones corporales intensas) y de *hiperactivación general* del sistema nervioso autónomo (p.e. nerviosismo, cambios en la

conducta normal del sueño, hipervigilancia y una respuesta de sobresalto e inquietud exagerada); y una **menor manifestación** de *conductas evitativas* (p.e. evitación de lugares, situaciones y personas que puedan hacer recordar el accidente), de *embotamiento afectivo* y *síntomas disociativos* (p.e. aturdimiento, vacío existencial, desapego hacia los demás, incredulidad).

## ANÁLISIS DEL CASO

El caso clínico elegido es una muestra de complejidad sintomática propia del TEPT y de la necesidad de abordar este tipo de casos de manera inmediata para evitar posibles secuelas.

En la historia del trabajador, es importante remarcar una serie de elementos que coinciden con aspectos encontrados en la literatura, y se van describiendo a continuación. Aunque el profesional tiene una antigüedad de 30 años de ejercicio profesional, es por la primera vez que está implicado en un accidente de tránsito de tipo grave a consecuencia de cual fallecen 3 personas del coche que colisionó con su camión. El acontecimiento es extremadamente traumático y se produjo de manera inesperada. Su profesión tiene mayor riesgo de accidentes de tráfico debido a los períodos de conducción prolongados (cuando realiza desplazamientos transcontinentales y otros largos recorridos), que incluyen trayectos nocturnos, bajo condiciones meteorológicas desfavorables, por carreteras en mal estado y en situaciones de tráfico excesivo (el riesgo es mayor debido a la fatiga física y mental y al aburrimiento del conductor provocados por el gran número de horas de trabajo acumuladas, la brevedad de los períodos de descanso, los horarios de comida irregulares y la inadecuación de la dieta, la conducción a altas velocidades debido al sistema de pago de primas). Otro factor de riesgo de accidentes de tráfico puede ser la pérdida de control al conducir camiones cargados en exceso por carreteras de grandes pendientes y resbaladizas.

Los rasgos básicos de personalidad del paciente le conducen a reaccionar de manera apática, desganada, distante con falta de deseo, con incapacidad para experimentar



placer o dolor intenso. Por otro lado, su estrategia adaptativa refleja su miedo y desconfianza hacia los demás, mantiene un control constante de sus impulsos para impedir la repetición de dolor y angustia. La evolución tórpida y la cronicidad del cuadro son características del trastorno. Se puede afirmar que el accidente de tráfico impactó de forma importante, alterando diversas áreas de la vida del profesional, sobretodo a nivel social con tendencia a aislamiento.

Como hemos visto antes, la familia está siempre comprometida y sufriendo las dificultades de la víctima del TEPT. Los cambios sufridos en el comportamiento de nuestro paciente tienen también repercusiones a nivel familiar con una inminencia de divorcio de su esposa.

También, se ha podido observar que, a medida que pasa el tiempo, el impacto emocional se ha ido desvaneciendo. Este resultado podría apoyar la idea de que los traumas se superan con el tiempo de manera natural, pero dejando una huella emocional latente importante, dispuesta a florecer ante un nuevo acontecimiento precipitante.

Consideramos que sin el diagnóstico correcto y sin la terapia adecuada recibidas en la Clínica de Barcelona, el paciente, después de casi un año de evolución de su trastorno, estaba destinado a conseguir una incapacidad permanente total para su profesión habitual. La intervención psicológica finalizó cuando el paciente se encontraba en un estado psicológico normalizado. El trabajo en equipo (profesionales de su zona de origen junto con profesionales de Barcelona), los viajes del paciente entre las dos ciudades y el largo tiempo invertido en el caso, implicaron un alto coste pero también una gran satisfacción para todas las personas implicadas.

El trastorno de estrés postraumático o TEPT es una enfermedad real que el conductor profesional de camiones corre el riesgo de padecer. Es importante establecer que un conductor con este padecimiento debe estar bajo tratamiento y no ser dado de alta antes de conducir nuevamente un camión. Ante este tipo de problema, lo primero es hacer conciencia sobre la prevención de accidentes, por lo que las áreas de salud ocupacional y seguridad toman un papel protagónico.

## CONCLUSIONES

Tras revisión crítica de los diversos aspectos etiologicos, epidemiologicos, clínicos y terapeuticos del trastorno por estrés postraumático, se concluye que la frecuencia de este trastorno es probablemente mucho mayor de lo que se admite, especialmente si se consideran las formas leves y las subclínicas.

No todas las personas responden de igual manera tras vivenciar un acontecimiento traumático. Unas son capaces de superarlo sin gran dificultad, mientras que otras parecen estancarlo en su memoria emocional haciendo que la persona viva anclada en el pasado, reviviendo constantemente ese capítulo de su vida en tiempo presente y no como parte de su pasado.

Las experiencias traumáticas atentan contra la integridad de las personas, llegando, en algunos casos, a modificar su normal funcionamiento en las áreas biológica, psicológica, laboral y social. Además, pueden alterar la sensación de control, seguridad y su percepción de futuro.

Las complicaciones del TEPT son graves desde el punto de vista psicosocial, ya que estos enfermos presentan altos índices de alcoholismo, adicción a drogas, suicidio, divorcio y paro laboral.

Sus graves consecuencias, no sólo para el individuo afecto, sino para la sociedad en general, convierten el TEPT en un verdadero problema de salud pública.

No obstante, debemos tener en cuenta que, en la mayoría de los casos, esta afectación se suele resolver durante los tres primeros meses tras el suceso; aunque no siempre se corre con esa suerte, por lo que se puede necesitar más de doce meses para alcanzar unos niveles aceptables de calidad de vida. La enfermedad parece evolucionar de forma crónica en algo más de un tercio de los afectados, lo que hace pensar que pueden precisar de una atención especializada.

Antes cualquier medicación, reiteramos la importancia de establecer una buena relación profesional de salud-paciente, como eje fundamental de cualquier esquema terapéutico, relación que habrá de extenderse como tarea indispensable al adecuado manejo de la familia.

Psiquiatras, psicólogos, médicos y personal sanitario en general deben de ser alertados sobre las características del TEPT y sus dificultades diagnósticas. Asimismo, es

importante instaurar medidas preventivas entre la población a riesgo y favorecer la detección precoz entre la población expuesta, con objeto de instaurar un tratamiento temprano y eficaz. Realizar una intervención precoz y especializada, durante la gestación de la crisis podría ayudar a prevenir secuelas psicológicas posteriores que pueden enraizarse en el sujeto. Si el estado emocional de la víctima es óptimo, el pronóstico y la recuperación de secuelas físicas y psicológicas es mejor.

La investigación científica en este campo es absolutamente necesaria, pero debe cumplir con todos los requisitos éticos que actualmente se exige a la investigación científica. En este sentido, tres puntos deben ser tomados particularmente en cuenta en personas afectas de TEPT: 1) El sufrimiento humano que habrá de reactivarse en el sujeto al hacerle recordar sus experiencias traumáticas; 2) La posibilidad de crearle falsas expectativas sobre un tratamiento exitoso, especialmente cuando no existen las condiciones adecuadas ni los recursos económicos necesarios para ello; 3) Ponerlo en manos de personal insuficientemente preparado con riesgo de incrementar no sólo su padecimiento sino afectar la salud mental del propio personal. Por todo ello, por imperativo ético y científico, urge corregir este error (41).

**Quizás más que cualquier otro campo de las ciencias de la salud, la medicina del trabajo se ocupa de la relación entre el estrés y la enfermedad. De hecho, gran parte de la investigación sobre el estrés humano efectuada en este siglo ha tenido lugar en el campo de la salud en el trabajo. Acerca del estrés postraumático, el centro de trabajo ha resultado ser un lugar ideal para promocionar la salud y la curación.**

## BIBLIOGRAFIA:

1. Everly, G.S. (1995). Psychotraumatology. In G.S. Everly & J.M. Lating (Eds.), Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress (pp. 7-26). New York: Plenum
2. **Ernesto Pérez-Rincón, Catalina González-Forteza, Luciana Ramos, José Alberto Jiménez. Trastorno por estrés postraumático en pacientes con lesiones no intencionales producidas en accidentes de tránsito. En Salud Mental, Vol. 30, No. 6, noviembre-diciembre 2007**
3. [http://www.actad.org/actad\\_cas/estres.php](http://www.actad.org/actad_cas/estres.php)
4. American Psychiatric Association. American Psychiatric Press Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4° edition (DSM-IV TR), 2000.
5. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor. Madrid, 1992
6. <http://www.soyborderline.com/component/content/article/23/4824-trastorno-por-estres-postraumatico.html>
7. <http://html.rincondelvago.com/etres-postraumatico.html>
8. Julio Bobes García, Manuel Bousoño García, Alfredo Calcedo Barba, María Paz González García-Portilla. Trastorno de Estrés Postraumático. Barcelona (España) 2003; 19-28, 34
9. Marí M. De La Iglesia. Secuelas por síndrome de estrés postraumático. Modelo de protocolo mediante pruebas objetivas de daño neurobiológico. Campo de aplicaciones en la practica pericial. En Trauma Fund MAPFRE Vol 20, Nº 2, abril/junio 2009: 75-82
10. [http://www.ucm.es/info/seas/estres\\_lab/enciclo/Trabajo\\_y\\_salud\\_mental.pdf](http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/enciclo/Trabajo_y_salud_mental.pdf)
11. [http://segind.blogspot.com/2009\\_03\\_01\\_archive.html](http://segind.blogspot.com/2009_03_01_archive.html)
12. Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. y Gibbon, M. (1987). Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Version NP-V. New York: Biometrics Research Department.
13. Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L. M., Kaloupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D.S. y Keane, T.M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. The behavior Therapist, 13, 187-188.
14. Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V. y Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument assessing post-traumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 6, 459-474.
15. Horowitz, M.J., Wilner, N. y Álvarez, W. (1979). Impacts of Event Scale: A measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine, 41, 209-218.

16. Keane, T.M., Caddel, J.M. y Taylor, K.L.(1988). Mississippi scale for combat-related posttraumatic stress disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.
17. Hathaway, S.R. y McKindley, J.C. (1951). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Manual for administration and scoring*. New York: Psychological Corporation.
18. Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A. y Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2: Manual for administering and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
19. Keane, T.M., Malloy, P.F. y Fairbank, J.A. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 888-891
20. Schlenger, W. y Kulka, R.A. (1989). *PTSD scale development for the MMPI-2*. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.
21. Millon, T. (1994). *Manual for the MCMI-III*. Minneapolis. MN: National Computer Systems.
22. Hammarberg, M. (1992). PennInventory for Posttraumatic Stress Disorder: Psychometric properties. *Psychological Assessment*, 4, 67-76.
23. Davidson, JRT, & Van der Kolk, BA (1996). The psychopharmacological treatment of post-traumatic stress disorder. In BA Van der Kolk, AC McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 510-524). New York: Guilford Press.
24. Organización Panamericana de la Salud. Defunciones por accidentes de tránsito en países seleccionados de las Américas. *Boletín Epidemiológico/OPS*, 25(1):2-5,2004
25. VV. AA. Salvar 20.000 vidas en nuestras carreteras: una responsabilidad compartida. Unión Europea. Bélgica. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2003
26. Aisa A, Jorge R, Juncá R. Biblioteca de Prevención de Riesgos Laborales. Volumen 3: Técnicas afines a la prevención. Barcelona: CEAC; 2000
27. VV.AA. Accidentes de tráfico. Guía práctica de prevención. AESLEME. Madrid: Santillana; 2000.
28. Robles JI, Medina JL. *Intervención psicológica en catástrofes*. Madrid: Síntesis; 2002.
29. Rotger D. La preparación psicológica del bombero y otros miembros de grupos de rescate. Su aceptación al estrés y los primeros auxilios psicológicos a víctimas. *MAPFRE Seguridad*, Segundo trimestre 1999. nº 74.
30. Moreno R, Peñacoba C, González – Gutiérrez JL, Ardoy J. *Intervención psicológica en situaciones de crisis y emergencias*. Madrid: Servicio de Publicaciones. Universidad Rey Juan Carlos; 2003.
31. Lucas JL. Drivers' psychological and physical reactions alter motor vehicle accidents. *Transportation Research. Part F: Traffic Psychology and Behaviour*. 2003. 6: 133-45.
32. Blanchard EB, Hickling EJ. *After the crash. Psychological Assessment and Treatment of survivors of Motor Vehicle Accidents*. Washington (USA): American Psychological Association; 2004.

33. Ruano A. El psicólogo en un centro de rehabilitación de afectados por accidentes de trabajo y/o tráfico. En: Remor E, Arranz P, Ulla S. (Eds.) El psicólogo en el ámbito hospitalario. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2003.
34. Val MS Del, Lillo A. Un grave accidente. En: Márquez A. (Coord.) La familia ante momentos difíciles. Comunidad de Madrid. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. 2004: 118-21. URL consultado el 11 de abril de 2005. Disponible en: [www.madrid.org/cserviciossociales/dg\\_familia/moment\\_dif\\_05.pdf](http://www.madrid.org/cserviciossociales/dg_familia/moment_dif_05.pdf)
35. Martín J, Parada E, Muñoz FA. Triage psicológico en situaciones críticas con múltiples afectados. En Ramos R, García A, Parada E. (Coord) Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes. UNED: Centro Asociado de Melilla; 2006.
36. Alexander DA. The presentation of adult symptoms. En: Hickling EJ, Blanchard EB. Road traffic accidents & Psychological trauma. Current understanding, treatment and law. Oxford (UK): Elsevier Science Ltd; 1999.
37. Rivas J, Mora E, Ugas L, Casaus P, Puigdevall M, Peña J, García X. Intervención psicológica y psiquiátrica en emergencias. Propuesta de un modelo de actuación. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. 2002. 29 (4): 241–248.
38. Fernández Millán JM. (Coord.) Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Madrid: Pirámide; 2005.
39. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Intervención en crisis. Madrid: Síntesis; 2002.
40. Valero S. Psicología en emergencias y desastres. Lima (Perú): San Marcos; 2002
41. Alberto Perales Cabrera. Trastorno de Estrés Post-Traumático: manejo y consecuencias médicas y psicosociales a nivel de atención primaria de salud. Revista Diagnostico, Volúmen 45, Número 4, Octubre-Diciembre 2006