

Comentarios sobre el Trastorno por Estrés Agudo. DSM-5

Por Ignacio Jarero.

La característica esencial de este trastorno, es el desarrollo de síntomas característicos que duran de 3 días a un mes, y aparecen posteriormente a la exposición de uno o más eventos traumáticos.

La presentación clínica de este trastorno puede variar entre individuos, pero típicamente involucra una respuesta de ansiedad, que incluye alguna forma de re-experimentación del evento(s), o de reactividad hacia el evento(s) traumático.

En algunos individuos, una presentación disociativa o de desapego puede predominar, aunque estas personas típicamente también presentarán una fuerte reactividad emocional o fisiológica en respuesta a recordatorios del trauma.

En otras personas, se puede presentar una fuerte respuesta de enojo, cuya reactividad es caracterizada por respuestas irritables o agresivas.

Este trastorno puede ser especialmente severo cuando el estresor es interpersonal e intencional, como por ejemplo violación o tortura.

La probabilidad de desarrollar este trastorno puede aumentar conforme se incrementa la intensidad del estresor y la proximidad física al mismo.

Los síntomas deben estar presentes por al menos 3 días después del evento(s) traumático, y solo se puede diagnosticar este trastorno después de esos 3 días y hasta un mes después del evento.

Aunque este trastorno puede progresar a Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) después de un mes, puede también ser una respuesta transitoria que remita dentro del primer mes posterior a la exposición traumática, y no resulte en TEPT.

Aproximadamente el 50% de las personas que eventualmente desarrollan TEPT inicialmente presentaron Trastorno por Estrés Agudo (TEA).

El empeoramiento de los síntomas se puede presentar durante el primer mes, frecuentemente como resultado de estresores de vida en curso o más eventos traumáticos.

Criterio A: Estresor.

La persona estuvo expuesta a realidad o amenaza de muerte, heridas serias, o violencia sexual, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experienciando directamente el evento(s) traumático.
2. Presenciando, en persona, el evento(s) cuando le ocurría a otros.

3. Enterándose que el evento(s) traumático le ocurrió a un familiar o amigo cercano. En casos de muerte real o amenaza de muerte a un familiar o amigo, el evento(s) debió de haber sido violento o accidental.

4. Experienciando repetida o extrema exposición a detalles aversivos (que causan asco, repugnancia, rechazo) del evento(s) traumático. Por ejemplo primeros respondientes recolectando partes corporales; profesionales expuestos repetidamente a detalles de abuso de menores).

Nota: Este criterio no aplica para la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada al trabajo.

Criterio B:

Presencia de nueve (o más) de los siguientes síntomas de cualquiera de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación, y aumento de la activación (arousal), que inician o empeoran después de que el evento(s) traumático ha ocurrido.

Síntomas Intrusivos.

1. Memorias perturbadoras, recurrentes, involuntarias e intrusivas del evento(s) traumático.

Nota: El evento(s) traumático puede ser re-experimentado de varias formas. Comúnmente la persona tiene recuerdos recurrentes e intrusivos del evento. Estos recuerdos pueden ser espontáneos o provocados por estímulos que evocan la experiencia traumática. Éstas memorias intrusivas, frecuentemente incluyen componentes sensoriales (por ejemplo el olor a quemado, el olor a cadáver, sentir el intenso calor provocado por el fuego, gritos desgarradores), emocionales (por ejemplo el miedo a morir), o fisiológicos (la respiración entrecortada por estar a punto de ahogarse, opresión en el pecho, hueco en el estómago).

Nota: Los niños pueden expresar este síntoma en juego repetitivo, durante el cual, son expresados temas o aspectos del evento(s) traumático de forma directa o simbólica, por ejemplo, dibujo de flamas en un niño que sobrevivió a un incendio.

2. Sueños perturbadores recurrentes, en los cuales el contenido y/o las emociones del sueño están relacionadas al evento(s) traumático.

Nota: Los niños pueden tener sueños aterradores sin contenido relacionado con el evento(s) traumático. Estos sueños no reflejan claramente aspectos del trama. Por ejemplo, soñar que está caminando solo muy asustado, pero ser incapaz de relacionar el contenido del sueño con el evento traumático.

3. Reacciones disociativas (Ej. Flashbacks= sensación de que el evento traumático está ocurriendo en el presente, asociada con perturbación significativa), durante las cuales el individuo siente o actúa como si el evento(s) traumático estuviese ocurriendo. Estas reacciones pueden ocurrir en un continuum, desde breves intrusiones sensoriales (visuales, olfativas, etc.) de partes del eventos traumático, sin perder la orientación en la realidad presente, hasta la pérdida total de conciencia de la realidad presente.

Nota: Los estados disociativos pueden durar segundos, horas, o incluso días, durante los cuales, los componentes del evento son revividos y la persona se comporta como si estuviera viviendo el evento en ese momento.

Nota: Los niños pueden recrear el evento(s) traumático en juegos, y pueden presentarse momentos disociativos durante el juego.

4. Intensa o prolongada perturbación psicológica, o reacciones fisiológicas marcadas, en respuesta a estímulos internos o externos que simbolizan o se asemejan a algún aspecto del evento(s) traumático.

Nota: Algunas personas con este trastorno no tienen memorias intrusivas del evento en sí mismo. En lugar de eso, experimentan intensa perturbación psicológica, o reactividad fisiológica, cuando son expuestas a estímulos que simbolizan o se asemejan a algún aspecto del evento traumático. Por ejemplo, un clima que pronostica lluvia para sobrevivientes de inundaciones, o ver a alguien parecido al violador para una víctima de violación. O una sensación física, como el mareo para un sobreviviente de herida en la cabeza, o una sensación de calor para una víctima de quemadura.

Nota: Los niños pequeños (de 6 años o menores), no necesariamente manifiestan reacciones de miedo al momento de la exposición o incluso durante la re-experienciación del evento. Los padres típicamente reportan un rango de expresiones emocionales tales como enojo, vergüenza, o alejamiento; e incluso un vivo afecto positivo excesivo.

Estado de Ánimo Negativo.

5. Persistente incapacidad para experimentar emociones positivas (por ejemplo, incapacidad para experimentar felicidad, gozo, satisfacción, sentimientos de amor; o emociones asociadas con la intimidad, la ternura o la sexualidad).

El individuo si puede experimentar emociones negativas como el miedo, la tristeza, el enojo, la culpa, o la vergüenza.

Síntomas Disociativos.

6. Un sentido alterado de la realidad del mundo circundante (desrealización), o de uno mismo (despersonalización).

Un ejemplo de despersonalización podría ser observarse a sí mismo desde otra perspectiva (desde el otro lado de la habitación) durante el evento traumático. Ejemplos de desrealización podrían ser: percibir que las cosas se mueven en cámara lenta, ver las cosas con aturdimiento, no darse cuenta de eventos que normalmente se codificarían en la memoria.

7. Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento(s) traumático. Típicamente debido a amnesia disociativa y no a otros factores, como herida en la cabeza, alcohol o drogas.

Síntomas de Evitación.

8. Esfuerzos por evitar memorias perturbadoras, pensamientos, o sentimientos acerca de, o estrechamente relacionados con el evento(s) traumático.

Nota: Paradójicamente, las estrategias de evitación tienden a incrementar la ocurrencia de los síntomas de re-experimentación.

9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones) que despierten memorias, pensamientos o emociones perturbadoras acerca de, o estrechamente relacionadas con el evento(s) traumático.

Nota: Los estímulos asociados con el trauma son persistentemente evitados. La persona se puede rehusar a hablar de la experiencia traumática, o puede llevar a cabo estrategias de evitación para minimizar la toma de conciencia de las reacciones emocionales, por ejemplo, tomar alcohol excesivamente.

Esta evitación conductual, puede incluir evitar ver o escuchar las noticias de la experiencia traumática, rehusarse a regresar al sitio de trabajo en donde ocurrió el trauma, rehusarse a pasar por la calle en donde fue asaltada/violada; o evitar interactuar con otras personas que comparten la misma experiencia traumática.

Aunque los niños pueden evitar recuerdos del trauma, algunas veces están preocupados con esos recuerdos, por ejemplo, un niño pequeño que fue mordido por un perro puede hablar constantemente de perros pero evitar salir de casa por miedo a encontrarse a un perro.

Síntomas de Aumento de la Activación (arousal).

10. Problemas del sueño (por ejemplo, dificultad para dormirse o quedarse dormido, pesadillas, o sueño inquieto por aumento de la activación).

11. Comportamiento irritable y arrebatos de enojo (con poca o sin ninguna provocación), típicamente expresados como agresión física o verbal hacia personas u objetos.

12. Hipervigilancia. Preocupación y alerta exagerada a posibles peligros.

Nota: Éste trastorno es frecuentemente caracterizado por una alta sensibilidad a amenazas potenciales no relacionadas con la experiencia traumática, como tener un ataque cardíaco; y a amenazas potenciales relacionadas con la experiencia traumática, como por ejemplo, una gran sensibilidad a la amenaza potencial de vehículos automotores, si se sufrió un accidente relacionado con ellos.

13. Problemas para concentrarse.

Por ejemplo, dificultad para recordar aspectos de la vida diaria (su número telefónico, su dirección de casa), o dificultad para focalizarse en tareas específicas, como seguir una conversación.

14. Sobresalto exagerado.

Las personas con este trastorno pueden ser muy reactivas a estímulos inesperados y reaccionar con sobresalto exagerado (mayor al de otras personas en la misma circunstancia) a sonidos fuertes (teléfono) o movimientos inesperados, y tardar un tiempo considerable en calmarse.

Criterio C: Duración.

La duración de la perturbación (síntomas del criterio B) es de 3 días a un mes, posterior a la exposición traumática.

Nota: Los síntomas típicamente inician de inmediato después del trauma, pero su persistencia por al menos 3 días hasta un mes, es necesaria para cumplir con el criterio diagnóstico.

Criterio D: Importancia Funcional.

Los síntomas provocan perturbación clínicamente significativa, o deterioro en el funcionamiento a través de los dominios social, interpersonal, ocupacional, educacional, de desarrollo y de salud física.

Criterio E: Atribución.

La perturbación no es debida a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, medicación, alcohol), u otra condición médica (por ejemplo, leve lesión traumática en el cerebro), y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

Características Asociadas para Soportar el Diagnóstico.

Personas con este trastorno comúnmente presentan pensamientos catastróficos o extremadamente negativos acerca de su rol en el evento traumático, su respuesta a la experiencia traumática, o la probabilidad de sufrir daño a futuro.

Por ejemplo, pueden sentirse excesivamente culpables por no haber prevenido el evento traumático, o por no haberse adaptado a la experiencia con más éxito. También pueden interpretar sus síntomas de forma catastrófica. Los flashbacks o el aplanamiento emocional pueden ser interpretados como una señal de la disminución de su capacidad mental.

Es común que experimenten ataques de pánico en el primer mes después de la exposición traumática, que pueden ser activados por recordatorios del trauma, u ocurrir aparentemente de forma espontánea.

También pueden mostrar una conducta impulsiva o caótica. Por ejemplo, manejar con temeridad, tomar decisiones irracionales, involucrarse de forma excesiva en juegos de azar.

Los niños pueden tener una significativa ansiedad de separación, posiblemente manifestada por una necesidad excesiva de atención por parte de sus cuidadores.

En casos de duelo por una muerte que ocurrió en circunstancias traumáticas, los síntomas de este trastorno pueden incluir reacciones agudas de aflicción. En estos casos, síntomas de re-experienciación, disociativos y de aumento de la activación, pueden involucrar reacciones a la pérdida, como memorias intrusivas de las circunstancias de la muerte dl individuo, no creer que la persona haya muerto, y enojo acerca de su muerte.

Los síntomas post-contusión (dolores de cabeza, mareo, sensibilidad a la luz o los sonidos, irritabilidad, déficit en la concentración), son igualmente comunes en personas con lesiones en el cerebro o sin lesiones en el cerebro, y la frecuente ocurrencia de estos síntomas puede ser atribuible a síntomas del trastorno por estrés agudo.

Factores de Riesgo y Pronóstico.

Temperamental. Trastorno mental previo, altos niveles de afectividad negativa (neuroticismo), mayor severidad percibida del evento traumático, y estilo de afrontamiento evitativo.

La apreciación catastrófica de la experiencia traumática, frecuentemente caracterizada por una valoración exagerada de daño a futuro, culpa, y desesperanza, es fuertemente predictiva de este trastorno.

Medio Ambiente. Antes que nada, un individuo debe de haber estado expuesto a un evento traumático para estar en riesgo de este trastorno. Factores de riesgo para este trastorno incluyen una historia de trauma previo.

Genética y Fisiología. Las mujeres están en mayor riesgo de desarrollar este trastorno. Esto puede deberse a las diferencias neurobiológicas de la respuesta al estrés relacionadas con su género, y a la mayor probabilidad de exposición a los tipos de eventos traumáticos con mayor riesgo de desarrollar TEA, como son la violación y otra violencia interpersonal.

Una elevada reactividad, como la reflejada en una respuesta de sobresalto a los ruidos, previa a la exposición al trauma, incrementa el riesgo de desarrollar este trastorno.

Consecuencias Funcionales.

Los sobrevivientes de accidentes, asaltos y violaciones que desarrollaron TEA, han mostrado deterioro funcional en los dominios social, interpersonal y ocupacional. Los extremos niveles de ansiedad que pueden estar asociados con este trastorno, pueden interferir con el sueño, los niveles de energía y la capacidad para atender tareas. La evitación puede llevar a la persona a dejar de asistir a citas médicas, a otras citas importantes, y a ausentarse del trabajo.

Referencias

1. American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author.