



Revista Médica de Trujillo

Publicación oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo - Perú

Reporte de Caso

Trastorno de estrés postraumático desde un caso clínico

Post-traumatic stress disorder from a clinical case

Karla M. Portilla - Velarde, Mg.¹, Erika D. Avalos –Mendocilla²

1. Médico – Psiquiatra egresada de la Universidad Nacional de Trujillo, Docente de la Universidad Nacional de Trujillo, Hospital Regional Docente de Trujillo. La Libertad, Perú. 2. Médico Residente 3 de Psiquiatría, Universidad Nacional de Trujillo, Hospital Regional Docente de Trujillo. La Libertad, Perú. Citar como: Portilla-Velarde KM, Mg.1, Avalos-Mendocilla ED. Trastorno de estrés postraumático desde un caso clínico. Rev méd Trujillo 2018;13(1):35-40

Correspondencia: Erika D. Avalos

–Mendocilla .

Erika_dam19@hotmail.com

Recibido el 15/11/17

Aceptado el 17/12/17

RESUMEN

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. En este artículo se expone un caso clínico cuya sintomatología cumple criterios diagnósticos de TEPT en una paciente que ha sido víctima de vejaciones en una carceleta de la ciudad de Rioja. Se describe la historia de la víctima, así como el proceso terapéutico hasta conseguir la remisión de la sintomatología.

SUMMARY

Post-traumatic stress disorder (PTSD) affects people who have been exposed to accidents or traumatic situations. PTSD occurs after a traumatic situation and trauma is the central etiological factor in the appearance of the picture. This article presents a clinical case whose symptoms meet diagnostic criteria for PTSD in a patient who has been the victim of abuse in a jail in the city of Rioja. The history of the victim is described, as well as the therapeutic process until obtaining the remission of the symptomatology

INTRODUCCIÓN:

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es un síndrome que sobreviene después que una persona presencia o experimenta un acontecimiento traumático extremo, o escucha sobre éste ⁽¹⁾.

Los síntomas del TEPT que inician al mes del evento incluyen: la reexperimentación persistente del evento traumático, la evitación de los estímulos asociados con el trauma y el aumento de la activación (dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultad para concentrarse, respuestas exageradas de sobresalto)⁽²⁾

Los factores de estrés que provocan tanto el trastorno por estrés agudo como el TEPT son suficientemente abrumadores para afectar a casi cualquier persona. Las causas pueden ser experiencias bélicas, torturas, catástrofes naturales, agresión sexual, y accidentes graves ⁽³⁾

Una vez diagnosticado el TEPT, algunos de los factores de vulnerabilidad que se deben considerar y explorar en la historia de un paciente son: a) Historia de traumas previos: éstos podrían indicar una vulnerabilidad fisiológica respecto a los síntomas de activación o una predisposición psicológica al reactivar conflictos previos no resueltos. Los pacientes con TEPT refieren con mayor frecuencia historia de abuso físico y/o sexual. ^(4,5); b) Género: Investigaciones recientes muestran que tanto hombres como mujeres tienen similar riesgo de desarrollar una reacción emocional de cualquier tipo después de una experiencia traumática; sin embargo, el TEPT como cuadro clínico se ha observado con más frecuencia en las mujeres en población civil ^(6,7); c) Trastornos psiquiátricos previos: en especial depresión, trastorno de personalidad y abuso de alcohol y

drogas ⁽⁸⁾; d) Historia familiar de trastornos psiquiátricos: ya sea por la influencia genética, medio ambiental o la combinación de ambos ^(8,9); e) Factor Neurocognitivo: Algunos estudios han establecido que los pacientes con TEPT presentan bajo nivel intelectual y compromiso neurológico (volumen pequeño del hipocampo hasta un 8%). Esto podría comprometer la habilidad del sujeto para adaptarse psicológicamente a una situación altamente estresante ⁽¹⁰⁾; f) La presencia de lesiones físicas como causa del trauma: es poco clara la relación entre éstas y la alteración psicológica, teniendo mayor relevancia el significado personal del accidente o daño como factor predictor y g) Características de los síntomas: se plantea que la presencia de marcadas conductas de evitación o síntomas disociativos son de mal pronóstico. No hay clara evidencia acerca de este punto, existiendo concordancia en que todos los síntomas al inicio del cuadro tienen un valor predictor, y a mayor cantidad e intensidad de éstos, más exacta es la predicción ^(11, 12).

Según el manual DSM 5 (APA, 2013) los criterios diagnósticos para este trastorno son los siguientes⁽¹³⁾:

- a. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido amenazas para su integridad física o la de los demás y la persona a respondido con un temor intenso ante esta situación.
- b. El acontecimiento traumático es reexperimentado a través de sueños y recuerdos intrusivos que provocan malestar intenso psicológico, al exponerse a estímulos que recuerdan el acontecimiento provoca una respuesta fisiológica negativa.
- c. Evitación de estímulos asociados al trauma: como pensamientos, lugares, actividades que

antes hacía, restricción de la vida afectiva, e incapacidad para recordar partes concretas del trauma.

d. Excesiva activación fisiológica: Dificultad para dormir y concentrarse, rabia e ira, hipervigilancia o respuestas exageradas de sobresalto.

e. Estos cambios provocan malestar o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del sujeto durante más de un mes de duración.

Los datos de prevalencia del TEPT son variados, y la probabilidad de que ante un mismo suceso una persona llegue a desarrollar este cuadro sintomatológico parece depender, entre otros, de la naturaleza del evento traumático; por ejemplo, un estudio español sobre población policial de riesgo observó que el porcentaje más alto de TEPT es el que se asocia con atentados terroristas. Otros factores de riesgo son: la percepción de amenaza de muerte, la existencia de trauma previo, el grado de exposición al evento y las estrategias cognitivas frente al mismo⁽³⁾.

Debido a que no se reportan casos de TEPT en pacientes encarcelados, reportaremos un caso recibido desde la emergencia hasta sus controles posteriores por consultorio externo del Hospital Regional Docente de Trujillo, la cual presenta una evolución clínica favorable; en el cual se observara una variación de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, la cual cuenta con una fiabilidad de 0,92 y una validez convergente alta y significativa de 0,82 con una sensibilidad diagnóstica del 100% y una especificidad de 93,7.⁽⁶⁾

CASO CLÍNICO:

Mujer de 48 años, soltera, con grado de instrucción secundaria completa, comerciante, natural y procedente de Trujillo, quien no presenta alteraciones en el desarrollo. Antecedentes: HTA en tratamiento con losartán 1tab desayuno.

Historia previa: A los 17 años es víctima de abuso sexual del cual nace su primer hijo. A los 19 años conoce al padre de su segundo hijo siendo víctima de abuso físico, psicológico y verbal, del cual decide separarse a la edad de 23 años.

A los 38 años es asesinado su primer hijo, luego del cual presenta síntomas de depresión severa con síntomas psicóticos recibiendo tratamiento que no recuerda y consumo de alprazolam 0,5mg 1 tab condicional a insomnio.

Historia actual:

Ingresa al servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo por agitación psicomotriz; tiene un tiempo de enfermedad de 1 mes, con forma de inicio insidioso y curso progresivo. Familiar relata que un mes antes del ingreso paciente luego de ser agredida por una clienta acude a comisaría a demandar, donde es detenida por ser requisitorizada a nivel nacional, mencionan que meses anteriores había sido víctima de robo de tarjetas de crédito y demoró 10 días en bloquearlo. Estuvo 6 días en la carceleta de la ciudad de Rioja describiéndola como "estaban las paredes con heces, había un wáter al costado de mi cama, de allí salían ratas, cucarachas, me desnudaron y me cortaron el cabello, me golpearon, no había agua", hija menciona que paciente comenzó a escuchar voces y le pedía a diario entre 6 a 10 alprazolam para poder dormir. Luego de salir libre estuvo aprox. 27 días en dicha ciudad donde no presentó ninguna molestia excepto problemas para dormir por lo

que tomaba alprazolam 0,5mg 5-10 tab diariamente

4 días antes del ingreso deciden regresar a la ciudad de Trujillo, hija menciona “no reconocía a nadie y estaba agresiva, perdió la memoria, no me reconocía a mí, ni a mis hermanos, pensaba que ellos eran los policías y que la casa era la carceleta, a mi hermana la quiso ahorcar y a su nieta también, salía corriendo a la calle, gritaba. En una ocasión quiso cortar a mi perro y lo quería comer. A veces estaba en el baño y quería meter su cabeza en el inodoro y ahogarse, quería coger cuchillo y matarse. Veía mujeres que venían a verla, hombres vestidos de negro. Decía que en la madrugada mataría a todos, hablaba sola”. Por persistencia sintomática deciden traerlo a emergencia.

Examen físico: dentro de límites normales

Examen mental: Paciente en aparente regular estado general, regular estado nutricional, desaliñada, no se quita los lentes durante la entrevista, desorientada en persona, tiempo y espacio, llora durante casi toda la entrevista, ansiosa. Lenguaje: claro, tono de voz audible, acelerada, Pensamiento: ideas paranoides y de referencia, perseverante, tangencial; hipoabulia, hipoergia, anhedonia, pobre control de impulsos, insomnio, pesadillas (relacionado al evento), apetito disminuido, alucinaciones auditivas “se burlan de mí”

Tratamiento en el servicio de emergencia de psiquiatría: Recibió gabapentina 300 mg 1D-1A-1N, sertralina 50mg 1D, risperidona 2mg 1N

Acude 12 días después a control por consultorio externo donde se aplica la Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés postraumático obteniéndose un puntaje de 63 puntos, se la encuentra ansiosa, con ideas de referencia con el entorno, ánimo paranoide,

pensamiento sonoro, ideación tanática, hipoabulia, hipoergia, anhedonia, insomnio, niega alucinaciones auditivas, en ocasiones flashback, pobre control de impulsos, agresiva con familiares, familiar refiere “encontramos a mi mamá ahorcando a su pareja, estaba en su encima, ella no recuerda lo que pasó”; por lo que se le sube la dosis de sertralina 50mg 1tab D-1N, se cambia la gabapentina por carbamazepina 200mg 1tab D-1A-1N, y se cambia risperidona por sulpiride 200mg 1/2 tab N.

Acude a su control luego de 2 meses, donde se encuentra una disminución de la Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés postraumático donde se encuentra un puntaje de 20, se evidencia ánimo estable, pensamiento coherente, curso adecuado, niega ideas de referencia, niega alucinaciones, niega ideación tanática, recuerdos han disminuido, “no les hago caso, pero cuando está una persona desconocida a mi lado me da miedo, allí me entran nervios”, hay voluntad y energía para hacer sus actividades, disfruta de las cosas que hace, sueño y apetito conservado, no agresividad, no irritabilidad, ha mejorado la funcionalidad con la familia, sale a pasear.

DISCUSIÓN

En el caso que hemos presentado, la causa que provocó el TEPT fue la tortura y la mala experiencia que vivió durante su estancia en la carceleta, aunque la paciente ya presentaba factores de vulnerabilidad como: historia previa de abuso sexual, maltrato físico, psicológico y verbal; antecedente de síntomas de depresión con síntomas psicóticos luego de la muerte de su hijo mayor, abuso de benzodiazepinas como el alprazolam, y un bajo nivel intelectual el cual podría comprometer la habilidad del sujeto para adaptarse psicológicamente a una

situación altamente estresante. Algunos estudios han demostrado que los sujetos con depresión tienen un riesgo mayor de exposiciones posteriores a un evento traumático (14)

Investigaciones recientes evaluando la relación entre el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y la disociación, han sugerido que existe un subtipo disociativo del TEPT, definido primariamente por síntomas de desrealización (por ejemplo, sentir como que el mundo no es real) y despersonalización (por ejemplo, sentir como si uno mismo no es real)(15). La paciente cumple los 5 criterios de 5 que se presentan en el DSM V para el diagnóstico de TEPT, el cual también se encontraría dentro de un subtipo disociativo, ya que la paciente sentía que su ambiente no era real, llegó a pensar que su familia eran los policías que la torturaron y que su casa era la cárcel, por lo que inconscientemente agredía a sus demás familiares y en ocasiones quería escaparse de su hogar. Se ha descartado patologías como trastorno depresivo con síntomas psicóticos, ya que la paciente cuenta con un desencadenante como el estar expuesta a este evento traumático.

La Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés postraumático (EGS-R)(15). Es una escala heteroaplicada que está estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 21 ítems en correspondencia con los criterios diagnósticos del DSM-5: 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación (rango de 0 a 15 puntos), 3 a los de evitación conductual/cognitiva (rango de 0 a 9 puntos), 7 a alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos) y 6 a los síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos). Esta considera un síntoma presente cuando se puntúa, al menos, con dos puntos en el ítem correspondiente. El rango de la escala global oscila de 0 a 63 puntos. Además de los síntomas nucleares del TEPT, se han añadido cuatro ítems destinados a evaluar de

forma complementaria la presencia de síntomas disociativos por la importancia que se concede a estos síntomas en el DSM-5 y seis ítems para valorar el grado de afectación o disfuncionalidad relacionado con el suceso traumático. Al aplicarlo en la paciente al momento de la primera consulta externa, se encuentra en los síntomas de reexperimentación 15 puntos, evitación 9 puntos, alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo 21, síntomas de aumento de activación 18 puntos, en la escala global 63 puntos, además de presentar síntomas disociativos y disfuncionalidad global; luego de la medicación con aumento de sertralina y el cambio de gabapentina por carbamazepina y de risperidona por sulpirida, se evidencia una disminución de las escala obteniéndose puntaje de síntomas de reexperimentación 5, evitación 3, alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo 6, aumento de activación 6, en la escala global 20 puntos y remisión de síntomas disociativos y mejorando la funcionalidad en todos los aspectos.

Se ha observado que la respuesta al tratamiento difiere dependiendo del trauma experimentado, presencia o ausencia de daño físico, además del tiempo transcurrido entre el evento y el inicio del tratamiento (15), nuestra paciente fue atendida al poco tiempo de experimentar los síntomas del TEPT por lo que hubo rápida mejoría con la medicación administrada. Se considera que durante los tres primeros meses después del evento traumático es casi la regla general para remisión de síntomas (15).

Según el metaanálisis de van Etten y Taylor (7), las intervenciones farmacológicas fueron eficaces (los ISRS y la carbamazepina, esta última con un solo estudio) tanto como las intervenciones psicológicas, aunque sin datos de seguimiento. Las guías de tratamiento actuales editadas por diversos organismos e instituciones varían en cuanto a recomendar como primera opción el tratamiento psicológico o farmacológico, aunque las más recientes se inclinan por el primero.

En sujetos con TEPT la evidencia de ensayos clínicos controlados, aleatorizados, apoyan el inicio del tratamiento con estrategias psicoterapéuticas y el uso de Inhibidores secundarios de recaptura de serotonina (ISRS) como primera línea de tratamiento. Se ha visto que los ISRS tienen mayor efectividad comparada con el placebo. Se recomienda iniciar el tratamiento con paroxetina o sertralina bajo el siguiente esquema: Paroxetina: 20 a 40 mg. máximo 60 mg, Sertralina: Iniciar con 50-100 mg. e incrementar 50 mg. cada 5 días hasta máximo 200 mg. • No se recomienda el uso de neurolépticos como monoterapia para el TEPT. Los neurolépticos atípicos como olanzapina o risperidona deben ser utilizados para el manejo de los síntomas psicóticos asociados ⁽¹⁵⁾.

De manera general se ha observado que los sujetos manejados con ISRS presentan un 30% de reducción de los síntomas comparados con el placebo; en nuestro caso se evidenció mejoría en un 32%.

En conclusión, se ha realizado una revisión bibliográfica a partir de un caso interesante de trastorno de estrés postraumático, el cual nos muestra un caso diferente al que se ha acostumbrado a ver en la literatura como son las experiencias bélicas o las violencias sexuales ya que se ha encontrado en un estudio español con diagnóstico de TEPT a un 1% de personas encarceladas⁽¹⁶⁾. Se ha descrito además como los ISRS son los medicamentos de primera línea para disminuir los síntomas del TEPT, en el cual nuestra paciente tuvo mejoría a los 2 meses de haber recibido el tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Cia, A. Trastorno por Estrés Postraumático. Diagnóstico y Tratamiento Integrado. Bs As. 2001
2. Andrades M. Trastorno de estrés postraumático y crecimiento postraumático en niños y adolescentes afectados por el terremoto del año 2010 en Chile. Madrid, 2016;8-461
3. González P. Tratamiento de un caso de trastorno por estrés postraumático con EMDR dentro de un marco cognitivo-conductual. Clínica y Salud. Madrid, 2004;15(3): 337-354
4. García J, Bousoño J, Calcedo A, González M. Trastorno de Estrés Postraumático. España, 2003;19-28.
5. Goenjian AK, et-al. Post-Traumatic stress reactions after single and double trauma. Acta Psychiatr Scand,1994; 90:214-218
6. Allen S. Psychological assessment of post-traumatic stress disorder: psychometrics, current trends and future directions. Psychiat Clin North Am. 1994; 17:327-50
7. Breslau N, Davis G, Andreski P, Peterson E, Schultz L. Sex differences in Posttraumatic Stress Disorder. Arch Gen Psychiatry. 1997; 54:1044-8
8. Davidson J, Lyons M. Family studies of PTSD: a review. En Yehuda . Risk factors for Posttraumatic Stress Disorder. American Psychiatric Press Inc. USA. 1999;1
9. Orr S, Pitman R. Neurocognitive risk factor for PTSD. En Yehuda R . Risk factors for Posttraumatic Stress Disorder. American Psychiatric Press Inc, USA. 1999; 1
10. Classen C, Koopman CH, Hales R, Spiegel D. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry. 1998; 155:620-4
11. McFarlane A. Risk factors for the acute biological and psychological response to trauma. En Yehuda R. Risk factors for Posttraumatic Stress Disorder. American Psychiatric Press Inc, USA. 1999,1
12. Otto, M.W, et-al. Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees: a pilot study of combination treatment with cognitive-behavior therapy vs sertraline alone. Behaviour Research and Therapy.2003; 41(11).
13. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington. VA. American Psychiatric Association. 2013.
14. Ochotorera J, Ayala J. Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. España. 2013; 21:18-65
15. Benedeck M, Fiedman M, et-al. Practice guideline for the treatment of patients with Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. American psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders. 2004
16. Rodríguez M, et-al. Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en la Junta Médico Pericial Psiquiátrica de la Sanidad Militar Española. Madrid. 2016; 72(2).