

<http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0205/hph020605.htm>

[Sumario](#), [Anterior](#), [Siguiente](#)

**Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2005;2(2)**

## **INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASTORNO AGUDO POR ESTRÉS LUEGO DE ACCIDENTE FERROVIARIO**

[Reynol Moreno Puebla, 1](#) [René Esteban Ventura Velásquez, 2](#) [Ana M. Columbié Cuesta, 3](#) [José Menéndez López, 4](#) [Ivonne Ortega Pérez 5](#) y [Carlos Quevedo Fonseca 6](#)

### **RESUMEN**

Se dispone en la institución y en el país de poca información relativa al tratamiento del trastorno de estrés agudo. Se realizó un estudio longitudinal, observacional y descriptivo a una muestra de los accidentados por el descarrilamiento de un tren, atendidos en el Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto" que reunían los criterios diagnóstico de trastorno agudo por estrés según las clasificaciones internacionales. A ellos se les aplicó un programa de intervención propuesto por los autores el cual incluyó el uso de varias técnicas. Al grupo objeto de estudio se les realizaron 3 evaluaciones psiquiátricas. Predominaron los síntomas de embotamiento (53 %), recuerdos recurrentes (13 %), ansiedad e intranquilidad (66 %) y efecto negativo en el funcionamiento social (26%). La evolución clínica después del tratamiento fue muy favorable y solo en 1 paciente se desarrolló trastorno por estrés postraumático.

**Palabras clave:** Trastorno agudo por estrés, tratamiento del estrés agudo, estrés postraumático.

### **INTRODUCCIÓN**

El trastorno de estrés agudo (TEA) es una de las enfermedades más frecuentes de encontrar como consecuencia de eventos traumáticos. La población infantil y juvenil resulta vulnerable a múltiples situaciones traumáticas que tienen como resultado final la presencia de TEA o de trastorno de estrés postraumático (TPET).  
1,2

Estos eventos traumáticos se distribuyen en una amplia gama que va desde los accidentes de tránsito (automóviles, trenes, etc), la violencia sexual 3 hasta los conflictos armados. 4

El TEA está incluido en la clasificación diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana, en su cuarta versión (DSM- IV), entre los trastornos de adaptación y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud dentro de las reacciones al estrés grave y trastorno de adaptación. 5

### **En los accidentes**

El trauma producido por un accidente automovilístico puede, desde el punto de vista psicológico abarcar una gama de síntomas que van desde cuadros clínicos ligeros (angustia, insomnio labilidad emotiva, expectación ansiosa) hasta reacciones más severas como la depresión, con una prevalencia similar entre mujeres y hombres. 6

Existe una relación temporal, clara e inmediata entre el impacto de un desastre y la aparición de síntomas de TEA, los que aparecen después de las 24 a 48 horas y tienden a ir disminuyendo o perpetuarse. 7 Cualquier intervención que conlleve a mitigar la angustia es válida, siempre y cuando sea brindada de forma segura y oportuna. 8

El objetivo de este estudio es describir la evolución clínica de un grupo de pacientes que sufrieron un accidente automovilístico catastrófico (descarrilamiento de un tren), y que fueron atendidos en el Servicio de Psiquiatría del ISMM por un cuadro de TEA, en quienes se aplicó un programa de intervención con modificación del desactivado, enriquecido con pictoterapia y técnicas participativas en salud mental.

### **MÉTODOS**

La muestra consistió en 15 lesionados que habían sido participes de un acontecimiento traumático (accidente ferroviario) en el año 2004; todos fueron atendidos en este hospital y el rango de edad estuvo entre 15 y 17 años con una media de edad de 15 años. Los lesionados fueron entrevistados, valorados e intervenidos por los autores de la investigación y todos habían sido víctimas de un

acontecimiento lo suficientemente severo como para tener la denominación de traumático.

Los datos se obtuvieron por medio de una entrevista semiestructurada. Antes de efectuar la valoración se informaba a los lesionados del objetivo de la intervención de la cual iban a ser objeto. El abordaje terapéutico se diseñó desde la perspectiva de terapia combinada con el uso de imipramina (50 mg/día) y una intervención psicoterapéutica modificada del desactivado uso de técnica de desmovilización psicológica, oportunidad para expresar emociones y sentimientos y ser comprendidos, aprender a reconocer los síntomas como reacciones expresadas en circunstancias traumáticas, y el uso de la desmovilización como una introducción o exploración emocional. 9-11

El tratamiento psicoterapéutico comprendió 5 sesiones, con una frecuencia semanal de 3 horas de tratamiento en cada sesión; se siguió un programa terapéutico que contemplaba técnicas específicas y control del estrés. Se realizaron 3 evaluaciones al finalizar la intervención en la tercera semana y en la última se tomó como patrón de comparación, estudios similares en el abordaje del estrés acumulativo. 8-13

La entrevista semiestructurada estuvo formada por las partes siguientes:

- Características sociodemográficas.
- Entrevista estructurada para el TPET y escala para el TEA. 9
- Trastorno comórbido o antecedentes psiquiátricos.
- Cuestionario de acontecimientos vitales. Holmes y Rahhe

El trabajo fue concebido como un estudio longitudinal, observacional y descriptivo. Con los datos recogidos se conformó una base de datos, que posteriormente se procesó mediante un paquete estadístico. Se utilizó un programa de estadística descriptiva, análisis de medias y varianzas.

## **RESULTADOS**

Los 15 lesionados cumplieron los criterios diagnósticos para ser valorados como trastorno agudo por estrés (criterios A, B y C) y solo 2 casos presentaron criterio D, con presencia de síntomas disociativos, de manera que el diagnóstico de grado leve estuvo

presente en el 87 % y el de grado moderado y grado grave en el 6,5 % (tabla 1).

**Tabla 1** . Cumplimiento de los distintos criterios de estrés agudo en los pacientes estudiados.

### **Criterios A y B**

|  |    |       |
|--|----|-------|
| Exposición a acontecimiento traumático con horror y gran carga emocional | 15 | 100 % |
|--|----|-------|

### **Criterio C**

|                                       |    |       |
|---------------------------------------|----|-------|
| Rápida instalación del cuadro clínico | 15 | 100 % |
|---------------------------------------|----|-------|

### **Criterio D**

|   |   |      |
|---|---|------|
| Presencia de síntomas disociativos, estrechamiento de conciencia, aturdimiento, distanciamiento del entorno | 2 | 13 % |
|---|---|------|

### **Criterio E**

|   |   |       |
|---|---|-------|
| Presencia en número e intensidad para un trastorno generalizado de ansiedad | 1 | 6,5 % |
|---|---|-------|

La edad promedio en este estudio fue de 15 años, con predominio del sexo femenino 60 % y un 40 % sexo masculino.

El nivel escolar de los jóvenes fue preuniversitario, provenientes de hogares funcionales 45 %, hogares con pares (1 ausente) por separación o falta total 55 %. Antecedentes de traumas anteriores sin secuelas psicológicas, 2 para un 13 %.

En la primera evaluación psiquiátrica predominaron los síntomas siguientes: embotamiento (53 %), recuerdos recurrentes (13 %), ansiedad e intranquilidad (66 %), efecto negativo en el funcionamiento social (26 %), explosiones de rabia (80 %), llanto fácil (66 %), taquicardia (66 %), y problemas de sueño (80 %).

Se realizó una segunda evaluación en la tercera semana de tratamiento donde se constató mejoría en el 87 % de los pacientes y síntomas en el 13 %. Solamente el 6,5 % tipificaban aún como estrés grave.

Al final de la intervención acción diseñada para el grupo, persistían síntomas ligeros caracterizados por trastorno del sueño, ansiedad e

intranquilidad que todos reconocieron “como normal”. El 100 % consideró lo útil de la experiencia y solo 1 paciente reconoció que no volvería a “montar en tren”.

En uno de los 15 pacientes se diagnosticó estrés postraumático pese a la intervención realizada. Coincide que con anterioridad al trauma este sujeto confrontaba trastornos emocionales.

## **DISCUSIÓN**

El trastorno por estrés agudo es un trastorno que por definición se asocia con un acontecimiento traumático externo que provoca alteraciones psíquicas graves, donde se plantea un fallo del organismo ante una situación traumática, ante la que tiene que recuperarse. 14

Los trabajos y estudios realizados sobre el trastorno de estrés agudo orientan sus objetivos en una doble vertiente. Por una parte unos analizan con profundidad el agente o evento traumático sin más; por otra y desde un modelo multifactorial otros trabajos consideran acelerar las características del traumatismo, las del propio individuo y otra serie de factores (apoyo social, vulnerabilidad al estrés, acontecimientos vitales, niveles de estrés). 15

Existen múltiples factores de vulnerabilidad relacionados con la aparición de un TEPT como son los factores sociodemográficos, antecedentes de afecciones psiquiátricas, apoyo social y acontecimientos vitales.

En este trabajo no se encontró asociación entre la aparición del TPET y factores sociodemográficos similar a lo encontrado en otros trabajos. 16 Sí se encontró, sin embargo, relación con los antecedentes de enfermedad psiquiátrica (trastornos emocionales), que coincidió con la gravedad del TEA en 2 pacientes, que habían recibido ayuda psiquiátrica antes del evento traumático. Todo esto confirma que el estrés psicosocial, estrés acumulativo, es asumido como importante en la aparición del TPET.

Todos los jóvenes sometidos al evento traumático contaban con una red de apoyo social y eran menos vulnerables, lo que confirma que un nivel alto de apoyo y una vulnerabilidad normal al estrés pueden actuar como factores protectores al estrés. 17

Los TEA pueden evolucionar favorablemente y los síntomas revertir en un tiempo mayor a 4 semanas y no necesariamente consolidar un TPET. Por las características del estudio fue posible conocer la evolución continuada del cuadro, y fue posible afirmar que la psicoterapia de grupo fue efectiva en este estudio con vistas a evitar complicaciones psicológicas posteriores al TEA, por lo que debe ser empleada en esos casos.

## **THERAPEUTIC INTERVENTION ON PATIENTS SUFFERING ACUTE DISORDERS DUE TO STRESS AFTER A RAILWAY ACCIDENT**

### **SUMMARY**

In our Institution and ever in our country there is not enough available information relate to treatments concerning acute stress disorders. A longitudinale observational and descriptive study of a sample of people involved in an accident due to a derailment of a train was carried out. These people were assisted at Dr. Luis Diaz Soto Hospital, Institute of Military Medicine . They were diagnose as suffery from acute disorder due to stress according to international classifications. An intervention program proposed by the authors of this work was applied to them. This intervention program included the use of different techniques. There psychiatric evaluations were done to the study group. In these evaluations prevailed bluntness symptoms (53%), recurrent remembrance (13%), anxiety and restlessness (66%), and negative effect in social functioning (26%). Clinical evolution after treatment was very useful, and only 1 patient suffered from post-traumatic stress.

**Key words:** Acute disorder due to stress, treatment of acute, post-traumatic stress.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Kassam-Adams N, García-Esparana JF, Fein JA, Winston FK. Heart rate and posttraumatic stress in injured children. Arch Gen Psychiatry 2005;62(3):335-40.
2. Schreie H, Ladakakos C, Morabito D, Chapman L, Knudson MM. Posttraumatic stress symptoms in children after mild to moderate pediatric trauma: a longitudinal examination of symptom prevalence, correlates, and parent-child symptom reporting. J Trauma 2005;58(2):353-63.

3. Lessing JE. Primary care provides interventions for the delayed disclosure of adolescent sexual assault. *J Pediatr Health Care* 2005;19(1):17-24.
4. Qouta S, Odeh J. The impact of conflict on children: the Palestine experience. *J Ambul Care Manage.* 2005 Jan-Mar;28(1):75-9.
5. Davidson JR. The impact of post-traumatic stress disorder. *J Psychopharmacology* 2000;14(suppl 1):55-20.
6. Carvajal C, Carbonel CG. Trastorno agudo por estrés: Clínica y evolución. *Rev Ch il Neuro-Psiquiatr* 2002;40:195-200.
7. Gilabarte I, Boca E. Trastorno por estrés postraumático: estudio en una población de riesgo. *Archivos Psiquiatr* 2000;62(3):259-72.
8. Moreno Puebla R, Menéndez Lopez J. Aplicación de un programa de intervención-acción antiestrés. *Rev Cub Med Milit* 1999;28(2):155-7.
9. Jeffrey T, Mitchell, Everly G. Manual de operaciones para la prevención del estrés traumático en los servicios de emergencias y los trabajadores de catástrofe. City Maryland 1995.
10. Gutiérrez García JM. La promoción del estrés. *Rev electrónica de psicología* 1998;2(1): ISSN 1137-8492.
11. Labrador FJ. El estrés. Nuevas técnicas para su control. Madrid. Temas de hoy; 1999.
12. MINSAP. Tercer glosario cubano de Psiquiatría. Diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales. Hospital Psiquiátrico de La Habana: MINSAP; 2001; 155.
13. Sánchez Arrastía D, Moreno Puebla RA, Ventura Velázquez RE. Estrés ocupacional en una comunidad cerrada. *Rev Cubana Med Milit* 2003; [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32\\_4\\_03/mil02403.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32_4_03/mil02403.htm)
14. Van Der Kolf BA, Mc Farlane. Traumatic stress of overwhelming experience on mind, body and societal. New York: The Guilford Press 1996;3-23.
15. Jiménez Treviño L, Saíz Martínez. Trastorno de estrés post-traumático. En: Jbobes G. Epidemiología. Barcelona: Masson; 2000.p.19-33.
16. Casado Blanco M. Posttraumatic stress disorder: a study of road accident victims. *Rev Maffre Medicin* 2003;14(1):26-31.
17. Moreno Puebla R, Sánchez Arrastía D, Ventura Velázquez RE. Acontecimientos vitales, calidad de vida y

apoyo social como factores predictivos de estrés en ejecutivos. Aprobado Rev Cubana Med Milit.

---

1 Especialista de II Grado en Psiquiatría. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar. Instituto Superior de Medicina Militar “Dr. Luis Díaz Soto”.

2 Especialista de II Grado en Psiquiatría. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Asistente. Instituto Superior de Medicina Militar “Dr. Luis Díaz Soto”.

3 Especialista de I Grado en Psiquiatría. Instituto Superior de Medicina Militar “Dr. Luis Díaz Soto”.

4 Especialista de II Grado en Medicina Interna. Doctor en Ciencias. Profesor Titular. Instituto Superior de Medicina Militar “Dr. Luis Díaz Soto”.

5 Especialista de I Grado en Psiquiatría. Profesor Instructor. Instituto Superior de Medicina Militar “Dr. Luis Díaz Soto”.

6 Especialista de II Grado en Psiquiatría. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Asistente. Hospital Militar “Dr. Carlos J. Finlay”.

Sumario, Anterior, Siguiente