

Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto"

## Trastorno por estrés postraumático en el contexto médico militar

My. René Esteban Ventura Velázquez,<sup>1</sup> Dra. Tania Marta Bravo Collazo<sup>2</sup> y Dra. Solangel Hernández Tápanes<sup>3</sup>

### Resumen

Se expone una revisión sobre una enfermedad de gran importancia para la medicina militar ya que es junto al trastorno por estrés agudo, la enfermedad psiquiátrica propia de la guerra. Se hace un recuento de los antecedentes históricos que permitieron llegar al concepto actual del trastorno de estrés postraumático, así como sus criterios diagnósticos, epidemiología y tratamiento. Esta enfermedad puede ser estudiada y modelada la intervención terapéutica ya que un grupo de eventos de alta potencialidad psicotraumática ocurre en la vida civil, lo que posibilita su condición de síndrome paralelo. El acercamiento teórico al tema se realiza sobre la base de una revisión de las más recientes publicaciones sobre este.

*Palabras clave:* Estrés postraumático, trauma, catástrofes.

El trastorno por estrés postraumático (TPET) es una enfermedad vinculada desde sus orígenes a sucesos psicotraumáticos como la guerra, aunque no exclusivo de estas situaciones, lo que lo convierte en uno de los llamados síndromes paralelos; puede y debe ser utilizado para la preparación de los oficiales médicos para la guerra.<sup>1</sup>

El TEPT fue clasificado en el “ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” ( DSM-IV) como un trastorno de ansiedad, con una prevalencia de por vida relativamente frecuente, representa la respuesta tardía a un evento de carácter extremo o catastrófico que produce alteraciones psicológicas de tal magnitud, que la angustia deja de ser una señal de peligro para convertirse en fuente de este.

Este trastorno ofrece un cuadro clínico articulado por 3 síntomas básicos:

- Evocación reiterada e involuntaria del acontecimiento traumático.
- Reducción del nivel general de respuesta a estímulos cotidianos.
- Aumento del estado de vigilia.

Los síntomas comienzan luego de un período de latencia, que varía desde una semana hasta meses (rara

vez más de seis). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. Con frecuencia se advierte que los veteranos de la guerra y supervivientes de desastres civiles, que aparentemente durante muchos años no tenían síntomas, pueden desarrollar ulteriormente, un síndrome postraumático florido tras la incidencia de sucesos estresantes.

Se ha descrito, además, en los veteranos con TEPT una mayor frecuencia de otros trastornos, como el consumo de sustancias psicoactivas, los trastornos de ansiedad, de somatización y depresiones al compararlos con la población general.<sup>2</sup>

Un grupo de síntomas de este síndrome, están presente en un porcentaje significativo de los veteranos de la Operación Escudo del Desierto, los que han padecido de una condición denominada síndrome del Golfo.

## Antecedentes

En 1666 *Samuel Pepys*, a raíz del gran incendio de Londres, describió un cuadro semejante a lo que hoy llamamos TEPT. *Erichsen* en 1866 describió un síndrome con síntomas psicósomáticos y cognitivos en víctimas de desastres ferroviarios. En 1889 *Herman Oppenheim*, introdujo el término de “neurosis traumática”, concepto que mantiene su vigencia. El suizo *Edouar Stierlin* publicó 2 investigaciones, una sobre el terremoto de Messina y otra referida a un grave accidente minero. *Sigmund Freud* modificó sus ideas con respecto a la relación trauma-psicopatología con el paso de los años, para al final ignorar el efecto de los traumas reales, los que sustituyó por los traumas fantaseados.

Pero es la experiencia bélica la que ofrece descripciones más completas y abundantes, con características clínicas similares a la que ofrecen las catástrofes civiles. En la guerra las personas están expuestas a gran cantidad de agentes psicotraumatizantes, que se salen del rango de la experiencia humana habitual.

En la I Guerra Mundial, fue de mucho interés la neurosis traumática, y se debatió profundamente el llamado “*shock* de las trincheras”, que también se relacionó con causas físicas, esta vez con lesiones cerebrales. Por esa época, los síntomas residuales asociados con el estrés del combate, fueron clasificados como “neurosis de guerra”. Pero aunque se conocía su relación con acontecimientos bélicos, se creía que las causas fundamentales estaban en predisposiciones previas, como alteraciones de la personalidad y subestimaban el efecto traumático de la batalla.

Las investigaciones sobre las consecuencias psíquicas de la guerra aumentaron en la II Guerra Mundial, en el curso de la cual se reportó un incremento de la incidencia de la “neurosis traumática”. Este diagnóstico resultó significativo entre las tropas dislocadas en el Pacífico, donde existían las peores condiciones y mayor aislamiento, a pesar de que había sido mayor el número de reclutas rechazados por causas psíquicas, comparado con la anterior contienda mundial. En esa época al síndrome se le llamó “agotamiento del combate”, a pesar de que numerosos soldados sin enfermedad mental previa, habían sido afectados por la exposición al estrés ambiental propio de la guerra. Estos según *Menninger*, si se trataban cerca de la línea de combate, se recuperaban mejor que los tratados en hospitales de retaguardia.

## Epidemiología

Se ha reportado una prevalencia de por vida en los veteranos de Vietnam entre el 20 y el 30 %, cifra semejante a la encontrada en otras contiendas bélicas<sup>3</sup> y otros ejércitos,<sup>4,5</sup> así como en víctimas civiles de ataques, amenazas y abusos, la que se sitúa entre el 10 y el 30 %.<sup>6,7</sup> En los accidentes<sup>8</sup> y catástrofes naturales también se presenta aunque con cifras menores.<sup>9</sup>

Las violaciones representan los sucesos de la vida civil donde se reportan mayores tasas de TEPT,<sup>10</sup> algunos autores plantean que más del 50 % de las mujeres violadas presentan TEPT.<sup>11</sup> La prevalencia estimada en la población general es del 3-6 %, lo que está sustentado por los hallazgos de un grupo de estudios.

Se ha descrito que en situaciones de guerra los individuos que son evacuados tienden a presentar mayor persistencia de síntomas postraumáticos que aquellos que al presentarlos son tratados en hospitales, cerca de la línea de fuego, los que con mayor frecuencia se recuperan y no causan baja sanitaria. En este caso la evacuación funcionaría de modo similar a las indemnizaciones en la vida civil, las que se asocian con las neurosis de renta que se han descrito como factores perpetuantes de los síntomas.<sup>12</sup>

Se ha señalado que un grupo de sujetos luego de vivenciar situaciones límites presentan formas incompletas del TEPT. Después del ataque terrorista del 11 de Septiembre en Nueva York se estima que más del 50 % de las personas que se vieron involucradas directamente en este, presentaban síntomas postraumáticos aunque no tuvieran el síndrome completo. Se ha planteado que la presencia de TEPT parcial podría interferir, tanto como el trastorno completo, en la readaptación del individuo tras un evento traumático.<sup>13</sup>

Los altos niveles de combate se han asociado con la presencia del trastorno en los veteranos de la operación “Tormenta del Desierto”,<sup>14</sup> y en los veteranos de Vietnam.

Con respecto a la relación causal entre los factores premórbidos y el desarrollo de TEPT, no existe acuerdo en la literatura. *McFarlane* planteó que la gravedad de la exposición a un desastre era el determinante principal de morbilidad precoz, mientras que los trastornos psicológicos previos eran los que mejor predecían la evolución crónica del TEPT. En un estudio de veteranos de Vietnam se observó que el buen ajuste social premórbido era predictor de TEPT. Otras investigaciones apoyan el hecho de que la presencia de trastornos de ansiedad y algunos rasgos de personalidad, aumentan el riesgo de padecer TEPT después de un evento traumático.<sup>15,16</sup>

La participación en acciones bélicas se ha relacionado con la presencia de TEPT a largo plazo, y con otros trastornos psiquiátricos. Entre los veteranos, se han asociado con mayor frecuencia los trastornos de estado de ánimo, el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos de ansiedad, las toxicomanías, además los individuos que han sufrido TEPT tienen un riesgo aumentado de padecer otros trastornos psiquiátricos.<sup>6,17-19</sup>

El TEPT no ha sido aún aceptado como una clasificación con basamento patogénico, a pesar de que se reconoce que el trauma es un componente esencial de la definición del trastorno. Para relacionar un factor causal con una enfermedad se requiere que se cumplan 2 factores esenciales.

El primer factor involucra al concepto validez, o la habilidad para reconocer el trastorno como una entidad diagnóstica discreta. Esto significa que la enfermedad aparezca después de la exposición al factor causal propuesto. Las investigaciones prospectivas reflejan un aumento en TEPT comparados con otros diagnósticos que también aparecen en respuesta a un evento traumático.

El segundo factor consiste en la posibilidad de aislar y replicar el agente causal propuesto. Por ejemplo, la escarlatina es reconocida como una entidad diagnóstica discreta con una asociación con un agente reconocido, el *Staphylococcus aureus*.

La pregunta forzada aquí es ¿qué tipo de trauma se puede considerar suficiente para incurrir en una designación causal?

El desacuerdo se basa en la opinión de algunos investigadores que plantean que el trauma representa un factor o elemento desencadenante no específico de diversos síndromes, como la depresión mayor, el trastorno de pánico, los problemas somáticos y la adicción. Estos trastornos también aumentan su incidencia después del trauma. Cuestiones como intensidad del estresor, factores de riesgo en el evento, vulnerabilidad del individuo y evaluación subjetiva del evento son aún considerados como factores mediadores en el desarrollo del trastorno. Además de que otros factores causales han sido propuestos como los factores genéticos.<sup>20</sup>

La comorbilidad con problemas relacionados con el consumo de alcohol resulta variable en la bibliografía consultada.<sup>21,22</sup> Algunos estudios reportan una prevalencia de por vida de toxicomanías entre el 25 y 75 % en excombatientes con TEPT.

Un solo episodio traumático puede tener influencia para toda la vida, a pesar de que el sujeto no llegue a enfermar con un TEPT completo, es decir, con todos los criterios necesarios para ser diagnosticado.<sup>23</sup> Algunos trabajos plantean que la afectación en las áreas laborales y sociales es similar en los pacientes con TEPT total y en los que presentan TEPT incompleto.<sup>24</sup> Esta situación muchas veces es incomprendida por las autoridades encargadas de los seguros de salud,<sup>25</sup> y reforzada por la visión que de estos pacientes se tiene en ocasiones. Algunos piensan que se trata de personas que buscan apoyo económico y social por todas las vías, y se les estigmatiza con el planteamiento de que simulan la enfermedad y los *tests* que se les aplica.<sup>26,27</sup> Esto influye de manera negativa en el desarrollo de planes para atender a los afectados por 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 excombatiente ante la comunidad, entre otros factores. Es

importante también la apreciación que el individuo tiene sobre su calidad de vida.<sup>28</sup>

## Tratamiento

Son múltiples las técnicas terapéuticas propuestas en el TEPT. Pero en esta revisión solo se hará referencia brevemente al tratamiento farmacológico. La mayoría de la literatura se basa en reportes de casos, ensayos retrospectivos y ensayos abiertos, con un número menor de estudios controlados con placebo.

Los estudios con antidepresivos tricíclicos (imipramina, desipramina y amitriptilina) reportan mejoría general, especialmente en los síntomas de depresión. Los síntomas intrusivos y de evitación no fueron reducidos de manera importante en pacientes.

La eficacia de la fenelzina fue demostrada a dosis de 75 mg/día, incluso sobre síntomas intrusivos. Con fluoxetina se han realizado reportes de casos y un ensayo abierto que involucró a 19 veteranos de combate. La efectividad fue demostrada en las 3 sub-escalas de TEPT.

Se reportó un estudio controlado con alprazolam, a una dosis de 0,5 a 6 mg/día, y 16 de 20 pacientes experimentaron mejoría, especialmente en síntomas asociados con el arousal autonómico, como somnolencia, irritabilidad y ansiedad.

Se reportó buenos resultados en un estudio con clonazepam en pacientes que presentaban insomnio marcado y TEPT.<sup>29</sup> El uso de benzodiazepinas debe ser limitado a un máximo de 4 a 6 semanas.

El propanolol han sido efectivo en controlar los síntomas residuales del hiperarousal autonómico a dosis de 120 a 160 mg/día. El beneficio potencial ha sido demostrado en combinación con antidepresivos tricíclicos. Los pacientes deben ser controlados hemodinámicamente con determinaciones de signos vitales, incluyendo evaluación para cambios hipotensivos ortostáticos, al menos diariamente durante el período inicial de dosificación.

La carbamazepina ha recibido favorables revisiones en ensayos clínicos y prospectivos abiertos de pacientes con TEPT. Esta puede ser especialmente útil en tratar las recolecciones intrusivas. Dado que en un subgrupo de pacientes con TEPT se aprecia trazados anormales en el EEG y experimentan descontrol episódico, las guías para el uso de carbamazepina en pacientes con EEG subictales anormales deben ser aplicadas a la población con TEPT también. El ácido valproico, que tiene su *locus* de acción sobre el sistema GABA, ha mostrado posibilidades en pacientes con TPET.

La risperidona se ha utilizado a bajas dosis de manera efectiva sobre todo en los síntomas intrusivos y en la hiperactivación que se ve en mujeres con TEPT víctimas de abuso en la infancia y abuso sexual.<sup>30</sup>

El trastorno por estrés postraumático es el más importante trastorno psiquiátrico vinculado a la guerra, lo que no significa que esta sea la única consecuencia para la salud mental de las personas, pero en este y

en el trastorno de estrés agudo se ha reconocido una relación de causa y efecto. A diferencia del estrés agudo las consecuencias son a largo plazo.

Al ser el TPET un trastorno modelable en el contexto civil, le confiere el carácter de síndrome paralelo, puede y debe ser estudiado por los psiquiatras militares como parte de su preparación para actuar en situación de guerra.

Ténganse en cuenta que existe la experiencia en los servicios médicos de las FAR, de la presencia de este trastorno en combatientes internacionalistas que cumplieron misión en la República Popular de Angola.

## Summary

### Posttraumatic stress disorder in the medicomilitary context

A review on a very important disease for military medicine that together with acute stress disorder is the psychiatric disease characteristic of war is exposed. An account is made of the historical background that allowed to reach the present concept of posttraumatic stress disorder, as well as its diagnostic criteria, epidemiology and treatment. This disease may be studied and the therapeutical intervention may be modelled taking into account that a group of events of high psychotraumatic potentiality take place in the civilian life, making possible its condition of parallel syndrome. The theoretical approach to the topic is made on the basis of a review of the latest publications on it.

*Key words:* Posttraumatic stress, trauma, catastrophes.

## Referencias Bibliográficas

1. Menéndez López J, Infante Velázquez M, Moreno Puebla R, Feliciano González V, Rodríguez Perón JM. Síndromes paralelos. Su pertinencia actual en la preparación del oficial médico para las contingencias de tiempo de guerra. *Rev Cubana Med Milit.* 2004;33(2).
2. Eisen SA, Griffith KH, Xian H, Scherrer JF, Fischer ID, Chantarujikapong S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of psychiatric disorders in 8,169 male Vietnam War era veterans. *Mil Med.* 2004;169(11):896-902.
3. Coker WJ, Bhatt BM, Blatchley NF, Granham JT. Clinical findings for the first 1000 Gulf war veterans in the Ministry of Defense's medical assessment programmer. *BMJ.* 1999;318:290-4.
4. Seedat S, Le Roux C, Stein DJ. Prevalence and characteristics of trauma and post-traumatic stress symptoms in operational members of the South African National Defense Force. *Mil Med.* 2003;168(1):71-5.
5. Gregurek R, Vukusic H, Pavic L, Varda R, Danic S, Gruden V, Klain E. Diagnostic and therapeutic guidelines for posttraumatic stress disorders. *Lijec Vjesn.* 2002;124(5):115-22.
6. Goenjian A. Prospective Study of Posttraumatic Stress, Anxiety, and Depressive Reactions After Earthquake and Political Violence. *J Psychiatry.* 2000;157:911-95.

7. Galea S, Ahern J, Resnick H, Kilpatrick D, Bucuvalas M, Gold J, Vlahov D. Psychological sequel of the September 11 terrorist attacks in New York City. *N Eng J Med*. 2002;346(13):982-7.
8. Novaco RW, Chemtob CM. Anger and combat-related posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2002;15(2):123-32.
9. Salcioglu E, Basoglu M, Livanou M. Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191(3):154-60.
10. Caldera T, Palma L, Penayo U, Kullgren G. Psychological impact of the hurricane Mitch in Nicaragua in a one-year perspective. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2001;36(3):108-14.
11. Foa EB, Street GP. Women and traumatic events. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 (Suppl 17):29-34.
12. Gilaberte I, Baca E. Trastorno por estrés postraumático: estudio de una población de riesgo. *Archivos de Psiquiatría*. 2000;62(3):259-72.
13. Galea S, Resnick H, Ahern J, Gold J, Bucuvalas M, Kilpatrick D. Posttraumatic stress disorder in Manhattan, New York City, after the September 11 th terrorist attacks. *J Urban Health* 2002;79 (3):340-53.
14. Port CL, Engdahl B, Frazier P. A longitudinal and retrospective study of PTSD among older prisoners of war. *Am J Psychiatry*. 2001;158(9):1474-9.
15. Breslau N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *J Psychiatry*. 2002;47(10):923-9.
16. Axelrod SR, Morgan CA 3rd, Southwick SM. Symptoms of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder in veterans of Operation Desert Storm. *Am J Psychiatry*. 2005 Feb;162(2):270-5.
17. Freedman SA, Gluck N, Tuval-Mashiach R, Brandes D, Peri T, Shalev AY. Gender differences in responses to traumatic events: a prospective study. *J Trauma Stress*. 2002;15(5):407-13.
18. Han K, Kang, Kenneth C, Hyams. Mental health care needs among recent war veterans. *N Engl J Med*. 2005;352(13):1289.
19. Black DW, Carney CP, Forman-Hoffman VL, Letuchy E, Peloso P, Woolson RF, Doebbeling BN. Depression in veterans of the first Gulf War and comparable military controls. *Ann Clin Psychiatry*. 2004;16(2):53-61.
20. Oruc L, Kapur L, Pojskic N, Cavaljuga S, Ivezic S, Bell P. Posttraumatic stress disorder among women after the war in Sarajevo: a rationale for genetic study. *Bosn J Basic Med Sci*. 2004;4 (1):50-2.
21. North CS, Kawasaki A, Spitznagel EL, Hong BA. The course of PTSD, major depression, substance abuse, and somatization after a natural disaster. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(12):823-9.
22. Coffey SF, Schumacher JA, Brimo ML, Brady KT. Exposure therapy for substance abusers with PTSD: translating research to practice. *Behav Modif*. 2005;29(1):10-38.
23. Chara PJ Jr, Chara KA. Posttraumatic stress disorder among survivors of a kamikaze attack. *Psychol Rep*. 2001;89(3):577-82.
24. Zlotnick C, Franklin CL, Zimmerman M. Does “subthreshold” posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Compr Psychiatry*. 2002;43(6):413-9.
25. Fabra M. So-called trauma criterium (a criterium of DSM-IV) in posttraumatic stress disorder and its significance for social and legal insurance. *Versicherungsmedizin* 2002;54(4):179-81
26. Burges C, McMillan TM. The ability of naive participants to report symptoms of post-traumatic

- stress disorder. Br J Clin Psychol 2001;40(Pt 2):209-14.
27. Elhai JD, Gold SN, Sellers AH, Dorfman WI. The detection of malingered posttraumatic stress disorder with MMPI-2 fake bad indices. Assessment 2001;8(2):221-36.
  28. D'Ardenne P, Capuzzo N, Fakhoury WK, Jankovic-Gavrilovic J, Priebe S. Subjective quality of life and posttraumatic stress disorder. J Nerv Ment Dis. 2005;193(1):62-5.
  29. Cates ME, Bishop MH, Davis LL, Lowe JS, Woolley TW. Clonazepam for treatment of sleep disturbances associated with combat-related posttraumatic stress disorder. Ann Pharmacother. 2004;38(9):1395-9.
  30. Reich DB, Winternitz S, Hennen J, Watts T, Stanculescu C. A preliminary study of risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood abuse in women. J Clin Psychiatry. 2004;65(12):1601-6.

Recibido: 18 de julio de 2005. Aprobado: 22 de agosto de 2005.

My. *René Esteban Ventura Velázquez*. Instituto Superior de Medicina Militar “Dr. Luis Díaz Soto”. Avenida Monumental, Habana del Este, CP 11 700, Ciudad de La Habana, Cuba.

<sup>1</sup> **Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Asistente.**

<sup>2</sup> **Especialista de I Grado en Psiquiatría.**

<sup>3</sup> **Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación.**