

EL TRANSTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRANSTORNO POR ESTRÉS AGUDO EN LA INFLUENZA A (H1N1)

Mercedes Esmirna Ríos Bustos

RESUMEN

La población pasó por una contingencia sanitaria recientemente en el Distrito Federal, por una epidemia que evolucionó a pandemia por la presencia de un virus desconocido, cuyo padecimiento se le conoce hoy como Influenza A (H1N1).

¿De qué forma este evento repercute en la salud mental de la población?

Este artículo habla sobre los padecimientos mentales que pueden surgir ante una mala respuesta al impacto psicológico de este evento: el trastorno por estrés posttraumático y el trastorno por estrés agudo.

Con la finalidad de conocer más sobre el impacto psicológico nocivo proveniente de este nuevo padecimiento, este trabajo profundiza sobre estos padecimientos.

Palabras Claves: *Compulsión, evitación, aislamiento.*

The posttraumatic stress disorder and the acute stress disorder in the A (H1N1) Flu

ABSTRACT

After we had lived a sanitary contingency in Mexico City by the presence of an epidemics that turn into a pandemic due to a new virus, known as the A (H1N1) Flu.

In which way this event has affected the mental health of the population?

This article describes the mental disorders that appear due to a bad answer to the psychological impact for this event: the acute stress disorder and the posttraumatic stress disorder.

In order to know more about the harmful psychological impact, after this new suffering, this work deepen inside these sufferings.

Key Words: *Compulsion, avoidance, isolation.*

ARTÍCULO RECIBIDO EL 27 DE JULIO DEL 2009 Y ACEPTADO EL 09 DE NOVIEMBRE DEL 2009.

INTRODUCCIÓN

En la última semana del mes de abril de este año, el Jefe del Ejecutivo Federal declaró en contingencia sanitaria a esta entidad federativa, por haber una epidemia que incrementaba los índices de mortalidad a pasos agigantados, y ser inminente la propagación tanto hacia al interior de la República como al exterior del país.

¿De qué manera esta noticia puede repercutir en la salud mental de la población, más aún si existe la alta probabilidad que reaparezca durante la próxima época invernal?

Cuando de una manera sorpresiva una persona vive un suceso que pone en un alto riesgo su vida, como lo es en este caso, una catástrofe de tipo natural, los sentimientos que percibía como seguros se ven inesperadamente sacudidos.

Ahora desconfía de lo que sentía como algo protector y seguro, y no sabe en qué o en quién confiar.

Son acontecimientos tan sorprendidos y avasallantes que no es sorprendente que provoque reacciones perturbadoras para las que no se está preparado, que por lo sorprendente, en realidad son reacciones *normales* a sucesos *anormales*¹.

Michebaum distingue 5 tipos de acontecimientos traumáticos.

1: Acontecimiento traumático simple.

- Desastres naturales: epidemias, incendios, terremotos.
- Desastres accidentales: por coche, tren, etc.
- Desastres por diseño humano: bombardeo, atentado terrorista, etc.

2: Trauma repetido, prolongado.

Ríos Bustos ME: El trastorno por estrés en la Influenza A (H1N1)

- Natural: exposición a radiaciones, enfermedades graves.
- Ejecución humana: abuso sexual, maltrato doméstico, prisioneros.

3: Experiencias individuales.

- Hijos de sobrevivientes.
- Experiencias a la experiencia traumática de alguien muy cercano, o cercanía a la situación del propio lugar del suceso.

4: Traumas tipo I.

- Hechos traumáticos simples.
- Experiencias traumáticas aisladas.
- Hechos repentinos inesperados y devastadores.
- Duración limitada.
- Desastres naturales, accidentes de coche.
- Los hechos se recuerdan con detalle.
- Mayor probabilidad de síntomas de ideas intrusivas, evitación, y síntomas de hiperactividad.
- Recuperación rápida más probable.

5: Traumas tipo II.

- Traumas de variables múltiples, crónicas y permanentes.
- Con más probabilidad de ejecución humana intensa².

Por parte de quien sufre el evento traumático, no todas las personas reaccionan inmediatamente mientras que en otras la respuesta se retrasa meses e incluso años.

Se calcula que aproximadamente un 75% de las personas en estado de shock por varios minutos, muestran síntomas que pueden durar hasta por varios días, es un 15-20% estos síntomas pueden permanecer de 2 a 4 semanas.

En estos casos el papel de apoyo que ofrece la familia o el grupo social es determinante para contener y disminuir el impacto del evento traumático.

El destino de la recuperación psicológica va a depender predominantemente de la dialéctica entre estos dos tipos de factores:

Factores de vulnerabilidad: Son aspectos previos al trauma, que pueden favorecer cuadros psicológicos posteriores:

- Biológicos: Dependen de unas pautas determinadas de respuesta endócrina y de neurotransmisor.
- Protección social: Ausencia de grupo de apoyo o familia.

Factores de protección: Son aspectos que pueden ser tanto internos como externos, van por proteger al individuo de la posibilidad de desarrollar cuadros psicopatológicos posteriores:

- Factores de personalidad y biológicos: Recursos de afrontamiento al estrés.
- Apoyo y protección familiar.
- Apoyo social próximo: amigos, grupos de afiliación.

- Apoyo social general: opinión pública, medios de comunicación.
- Apoyo social institucional: estado, administración pública.

Si el balance de estos aspectos favorece al sujeto, los síntomas se irán metabolizando (readaptación funcional).

Si ocurre lo contrario, el desequilibrio se irá acentuando, dando salida a un conjunto de síntomas que afectará su vida cotidiana.

Esto da pie al surgimiento de dos constelaciones clínicas: el trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático.

El DSM-IV-TR³ define de una manera similar a ambos trastornos, con la diferencia de que en el trastorno por estrés agudo los síntomas ocurren durante las 4 semanas siguientes al suceso y duran de 2 días a 4 semanas.

En el caso del postraumático, la persona reacciona ante esta experiencia con miedo, impotencia, reviviendo de manera constante la experiencia traumática e intenta evitar que se la recuerden.

Los síntomas deben durar al menos un mes y afectan de forma importante áreas primordiales de su vida como lo son: la familia y el trabajo⁴.

ESTADÍSTICAS

Aunque hay marcadas diferencias individuales en la reacción de cada persona ante el estrés, en un estudio hecho al azar con adultos jóvenes hubo una prevalencia de estrés postraumático en un 9.2%, con una prevalencia más alta en mujeres en un 11.3% y en hombres en 6%⁵.

Con la observación de una mayor vulnerabilidad en mujeres menores de 15 años, sin tener hasta ahora un entendimiento claro de este aspecto⁶.

Alrededor del 30% de las personas se ven expuestas a lo largo de su vida a algún acontecimiento traumático. De este grupo, entre un 10 y un 20% desarrollan el trastorno⁷.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las personas con este trastorno, no pueden integrar la experiencia traumática en su memoria, es decir, el evento no ha llegado a integrarse en su memoria, sino que continúa estando presente en su vida psíquica.

Los recuerdos permanecen inalterables aún con el paso del tiempo, por lo que no pierden su carga emocional, como suele pasar normalmente.

Los síntomas son los siguientes:

Re-experimentación: Se vuelve a revivir en la mente de las

VERTIENTES

víctimas lo sucedido, a través de pensamientos, pesadillas, etc.; estas reexperimentaciones van acompañadas de emociones intensas como pánico y rabia, sensación de gran peligro (con ansiedad), deseo de escapar o deseo de defenderse atacando a alguien.

También se puede reaccionar ante los recuerdos mediante síntomas físicos, como agitación, temblores, sudoración, taquicardia.

Re-experimentación compulsiva al trauma: De una manera inexplicable para estas personas, tienden a buscar situaciones que les recuerdan el trauma vivido.

Es probable que sea un mecanismo que les permite el revivir la experiencia en el presente, con la espera de que en esta ocasión logren salir indemnes de ella.

Evitación y embotamiento: Por el malestar que les provocan los recuerdos, tratan de evitar cualquier síntoma, persona o conversación que pudiera recordarles el trauma.

Conforme pasa el tiempo, son cada vez más las cosas que les recuerden lo sucedido, debido a que se van estableciendo asociaciones entre unas y otras; empiezan a sentirse acosados por lo sucedido, pero paradójicamente, cuando más tratan de huir, más parecen perseguirles los recuerdos.

Esta huida llega a dar lugar a un embotamiento emocional que los lleve a distanciarse del resto de las personas, incluidos sus familiares, parejas o amistades.

Se sienten vacíos por dentro, como muertos en vida y pierden el interés en cosas o actividades con las que antes disfrutaban.

Hipervigilancia: Reacciona intensamente ante estímulos irrelevantes. El sonido del teléfono, cualquier golpe inesperado, etc, los hace sobresaltarse bruscamente.

Se encuentran en un constante estado de alerta, con la percepción de un mundo hostil y amenazante.

Hay insomnio, irritabilidad, nerviosismo y estallidos violentos. El continuo estado de alerta los distancia tanto de sus emociones, como de sus sensaciones corporales.

Síntomas Secundarios:

Agresividad y rabia hacia los demás y hacia sí mismos: Como consecuencia de su necesidad de defenderse al hecho de no poder controlar sus síntomas y al estado de alerta en que se encuentran.

Culpa y vergüenza: Puede aparecer cuando empiezan a pensar que deberían haber hecho algo, que si no hubiesen hecho tal o cual cosa, tal vez lo habrían evitado.

Problemas para relacionarse: Les resulta difícil volver a confiar en los demás. Su embotamiento emocional puede impedirles sentir cercanía emocional hacia otras personas por la percepción de estar ante un mundo hostil.

Trastornos asociados:

El 85% de los hombres y el 70% de las mujeres suelen tener otro trastorno asociado como consecuencia del trauma vivido. Entre ellos está la depresión mayor (50% de las personas), el trastorno obsesivo-compulsivo, fobia simple, fobia social, trastorno de pánico, agorafobia y ansiedad generalizada. El abuso de alcohol se produce en el 50% de hombres y el 30% de las mujeres.

Curso y Pronóstico.

- 80% casos no dura más de 3 meses.
- 75% casos no dura más de 6 meses.
- 50% casos no dura más de 2 años.

Antecedentes que dan mal pronóstico.

- Gran número de síntomas.
- Historia psiquiátrica de otros desórdenes de ansiedad.
- Número elevado de estresores
- Enfermedades médicas en comorbilidad.
- Sexo femenino.
- Trauma en la infancia.
- Abuso de alcohol.

Diagnóstico Diferencial.

- Depresión después del trauma.
- Desorden de pánico.
- Ansiedad generalizada.
- Agorafobia.
- Fobia específica.
- Desorden de adaptación.
- Desorden agudo por estrés.
- Desorden disociativo

Qué hacer con el estrés postraumático.

- Practicar técnicas de relajación o actividades que resulten relajantes.
- Practicar actividades que resulten agradables, realizar algún tipo de actividad artística.
- Tratar de evitar el alcohol y las drogas.
- No aislarse de los demás.
- Intentar en lo más posible no evitar situaciones o recuerdos. En vez de tratar de sacarlos de la mente, tratar de expresarlos de algún modo, por ejemplo: a través del arte.

Tratamiento

- Información sobre este trastorno.
- El manejo de las emociones intensas como rabia, culpa, vergüenza, miedo, etc., de modo que aprendan a manejarlas y transformarlas adecuadamente.
- Experimentación gradual en imaginación o por escrito a las

situaciones temidas, comenzando por las más fáciles de afrontar.

- Tratar otros trastornos asociados, como depresión, abuso de alcohol o drogas, trastorno de pánico, fobia social, etc.
- Enseñarle a tener una percepción más realista del mundo y de las personas que le rodean, que no esté teñida por el trauma vivido⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. www.previst.com 27-VII-09.
2. www.psicocentro.com 27-VII-09.
3. DSM-IV-TR, Manual diagnóstico estadístico de los trastornos

mentales, España, Ed. Masson, 1º edición, 2002.

4. Kaplan H., Sadock B., Sinopsis de psiquiatría, ed. Panamericana, España, 8º edición, 2000, pág. 698-705.

5. Breslaw N., Davis G. C., Andreski P., et al., Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch. Gen. Psychiatry 48:216-222, 1991.

6. Hales R., Yudofsky S., Gabbard G., The American Psychiatric Publishing. Text book of Psychiatry, ed. American Psychiatric Publishing, Estados Unidos, 5º edición, 2008: 567.

7. www.cepvi.com 27-VII-09.