

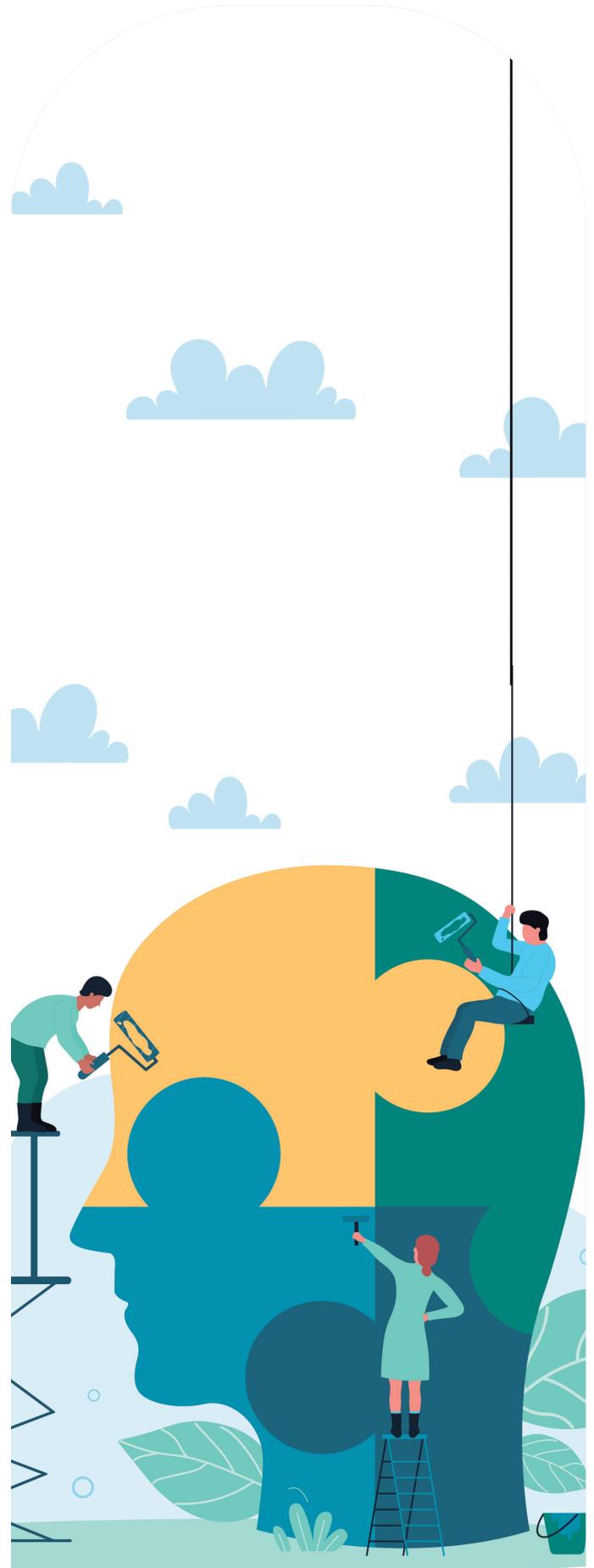


Crecimiento postraumático

Experiencias de vida que dejan huella

A lo largo del tiempo, la humanidad ha enfrentado sucesos que han marcado su historia. Guerras, desastres naturales, accidentes y pandemias han exigido de las personas el uso de todos sus recursos para sobrellevar el impacto negativo.

Se dice que un acontecimiento vital estresante es aquel suceso en el que existe una experiencia que altera las actividades cotidianas de una persona y que se percibe como amenazante, exigiendo un reajuste en el comportamiento del individuo. Estos eventos requieren de un cambio continuo de vida hasta lograr el ajuste significativo asociado al momento en el que comenzó el evento negativo o malestar; también ha sido denominado estrés emocional o estrés vital. **(Holmes y Rahe, 1967).**



Por tanto, los Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) podrían entenderse como aquellos eventos que producen efectos negativos en el individuo, pues son percibidos como no deseados y se acompañan de circunstancias o cambios vitales. Estos sucesos resultan ser importantes en la vida del individuo, por lo que es necesario identificar dicho impacto negativo en su salud y su entorno social **(Suárez-Cuba, 2010)**.

Si bien es cierto que experimentar un evento estresante podría generar en el individuo una crisis severa, moderada o leve, esta percepción podría verse influenciada por otros múltiples acontecimientos o factores que sobrepasan las propias capacidades o recursos de la persona para enfrentarlos, lo cual terminará por repercutir en el bienestar integral de la persona **(Melo et al., 2021)**.

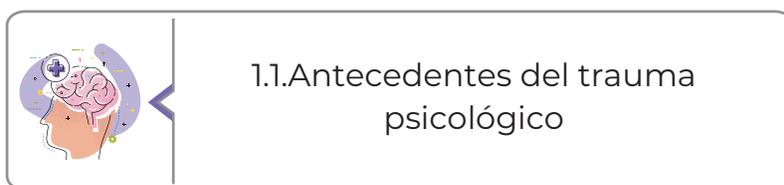
Como se ha mencionado anteriormente, cuando una situación inesperada resulta ser una experiencia dolorosa y difícil de asimilar para la persona, su marca puede ser duradera y permanecer por años, aun cuando el evento haya sucedido en el pasado. Si esta afectación impacta al individuo en su calidad de vida y su funcionamiento regular, y se manifiestan algunas reacciones psicológicas tales como ansiedad, miedo, irritabilidad, pensamientos recurrentes sobre lo que pasó, memorias intrusivas, problemas para dormir, entre otros.



Es posible que la persona esté experimentando un trauma psicológico.

En algunos casos, cuando una persona se ve implicada en un evento traumático o recibe una agresión por parte de alguien relacionado con su marco familiar o de quien obtiene algún tipo de seguridad (económica, por ejemplo), se genera una respuesta de mayor dependencia con una especie de parálisis en su toma de decisiones. Algunas de estas reacciones emocionales pueden ser bastante predecibles; sin embargo, los factores individuales, situacionales y sociales jugarán un papel importante en el desarrollo de toda sintomatología **(Van der Kolk, 2022)**.

En los siguientes apartados, conoceremos de manera muy general los antecedentes del trauma psicológico, sus bases biológicas, detección y diagnóstico, así como también las aproximaciones teóricas más utilizadas para su tratamiento clínico.



El trauma psicológico surge como resultado de una situación que amenaza la integridad de una persona o la de sus seres queridos, y ante la cual no cuenta con los recursos propios suficientes para enfrentarla, lo que genera un gran impacto o choque afectivo, el cual no le es posible evitar.

Según la Asociación Americana de Psicología **(APA, 2022)**, el trauma se define como cualquier experiencia perturbadora que resulte en un miedo significativo, confusión, disociación y otros sentimientos perturbadores manifestados de forma prolongada e intensa, y que tienen un impacto negativo en las actitudes, el comportamiento y el funcionamiento general del individuo. Por otro lado, los eventos traumáticos se refieren a aquellos eventos causados por el comportamiento humano, así como también por la naturaleza, y que desafían la percepción que la persona tiene sobre el mundo como un lugar justo, seguro y predecible.

Por su parte, la Real Academia Española (**RAE, 2023**) define el trauma como una lesión duradera producida por un agente generalmente externo. En términos de psicología, se refiere a una emoción o impresión negativa manifestada como un choque, que tiene como resultado un impacto negativo y prolongado.

El trauma psicológico puede ser causado por diferentes eventos o situaciones percibidas por la persona como amenazantes o peligrosas, como, por ejemplo, el abuso, la violencia, desastres naturales, accidentes o incluso conflictos bélicos, entre otros. Las reacciones emocionales derivadas del trauma psicológico generalmente se manifiestan como pensamientos o memorias intrusivas, respuestas evitativas, trastornos del sueño y pesadillas, miedo, irritabilidad y ansiedad generalizada.

Es importante resaltar que no todas las personas expuestas a situaciones o eventos traumáticos desarrollarán un trauma psicológico, síndrome o trastorno de estrés postraumático, pues las reacciones emocionales a la experiencia traumática están relacionadas en gran medida con la personalidad del individuo, sus recursos personales y habilidades para afrontarlos.



En un estudio reciente se demostró una mayor susceptibilidad y comorbilidad para el desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) con otros trastornos de personalidad o del estado de ánimo, pérdidas anteriores y riesgos a la integridad física o mental, aunque existe una diferenciación entre el TEPT y otros con síntomas parecidos, la cual tiene que ver con la temporalidad de los síntomas para que se manifieste (**Lenferink et al., 2021; Salazar et al., 2021**).

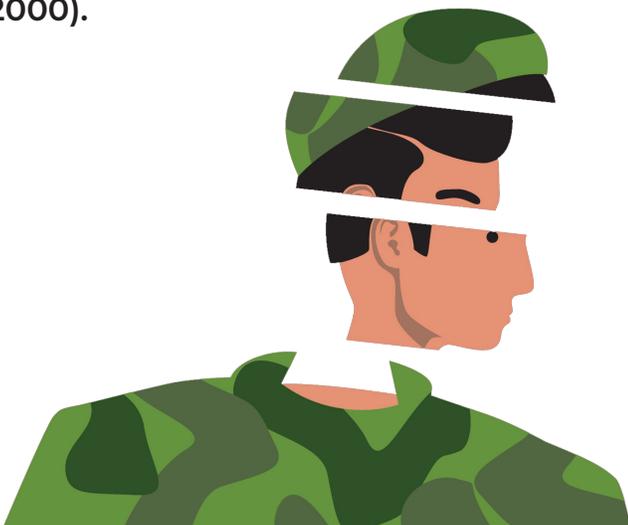
Judith Herman, una reconocida investigadora en el área, explica cómo el trauma se enfrenta directamente a la vulnerabilidad humana en el mundo natural, donde la persona es testigo de eventos que percibe como terribles, ya sea provocados por el mismo ser humano o por actos de la naturaleza, que impactan en el individuo y su respuesta ante ellos. Generalmente, la respuesta incluye una tendencia a la desacreditación, pues las personas con condiciones postraumáticas genuinamente sufren por comprender que sus historias son verdaderas. Los primeros estudios sobre el trauma fueron apoyados desde la perspectiva teórica psicoanalítica planteada por Sigmund Freud y su escuela, especialmente en la documentación de los casos clínicos sobre la histeria en mujeres. Sin embargo, al paso del tiempo, estas aproximaciones fueron examinadas desde una perspectiva humanista, en la posibilidad de comprender mejor el sufrimiento real tras vivir episodios traumáticos, con un enfoque en lo que las personas con condiciones postraumáticas experimentaban. El contexto de la guerra forzó el enfoque del trauma psicológico hacia una conciencia pública tras la catástrofe. Al principio, los síntomas o reacciones psicológicas derivados del trauma eran atribuidos a causas físicas, y fue Charles Myers quien comenzó a examinar los desórdenes nerviosos incluso en soldados que no habían sido expuestos a algún trauma físico.



Los psiquiatras militares se vieron en la necesidad de entender mejor los síntomas de este “shell shock”, en relación con el trauma psicológico. El estrés emocional que los militares experimentaban por la exposición constante y prolongada a la muerte violenta producía síntomas neuróticos parecidos a la histeria. Las circunstancias de la época clasificaban a estos hombres como “inválidos morales” por su supuesta incapacidad para manejar estos efectos emocionales, pues desde una perspectiva tradicionalista, un soldado promedio debería sentirse orgulloso y honrado en la guerra sin mostrar ningún efecto emocional.

Algunas autoridades militares incluso cuestionaron estas reacciones en los soldados combatientes, sugiriendo que debían ser sometidos a consejo de guerra o despedidos por deshonra, sin posibilidad de recibir el tratamiento médico que requerían para su condición **(Herman, 1992)**.

A partir de la Primera Guerra Mundial, psiquiatras e investigadores comenzaron a documentar los efectos y consecuencias de la guerra en los sobrevivientes. El trauma psicológico comenzó a tomar sentido desde el “shell shock”, la “neurosis de guerra”, hasta el Trastorno de Estrés Post-traumático. Como se ha mencionado, Myers comenzó a documentar los efectos emocionales de los soldados en recuperación, los cuales fueron descritos en primera instancia como histeria. Los hallazgos encontrados fueron que los soldados tratados en el hospital de primera línea se veían beneficiados con el apoyo emocional de sus propios compañeros, lo cual daba como resultado una mayor probabilidad de volver a su unidad, a diferencia de quienes fueron evacuados sin recibir un tratamiento, tenían un mal pronóstico y síntomas más crónicos **(Crocq y Crocq, 2000)**.



Crecimiento postraumático
Experiencias de vida que dejan huella

Louis Crocq y otros investigadores del área de la neuropsiquiatría aplicaron con éxito tratamientos a las víctimas de combate durante la guerra de Vietnam (1964-1973), logrando la disminución de las bajas por situaciones o condiciones psiquiátricas agudas derivadas de la guerra. Estos estudios previos dieron paso a la descripción de lo que hoy en día llamamos TEPT, pues señalaron que algunos de los veteranos experimentaban efectos tardíos relacionados con el abuso de sustancias, así como un síndrome compuesto por tres grupos de síntomas: 1) reexperimentación del evento en sueños, pensamientos y recuerdos; 2) adormecimiento emocional y evitación de estímulos relacionados al trauma; 3) estado permanente de hiperactividad o sobreexcitación **(Crocq y Crocq, 2000)**.

Más tarde, en 1980, fue descrito oficialmente el TEPT y se incluyó en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, tercera edición [DSM-III] (APA, 1980), con la intención de integrar la psicopatología asociada a la traumatización en adultos. Actualmente, se cuenta con la descripción y criterios diagnósticos para la detección del TEPT en la última revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición [DSM-V-TR] **(APA, 2022)**.



1.2. Bases biológicas del trauma

Si bien es cierto que no todas las personas que experimentan eventos traumáticos desarrollarán TEPT, existen perturbaciones biológicas observadas en pacientes que lo sufren. Estas se manifiestan como una falta de regulación en los múltiples sistemas de mediación de estrés que ocurren como resultado de un impacto o shock psicológico. De acuerdo con una revisión sistemática sobre el estrés postraumático y sus marcadores biológicos, esta falta de regulación podría conducir a un deterioro funcional en ciertas personas que padecen TEPT. Estudios anteriores han demostrado anomalías neurobiológicas en los pacientes, incluso algunos hallazgos refieren información sobre la vulnerabilidad biológica en ciertas poblaciones para el desarrollo del trastorno, como por ejemplo la presencia de lesiones cerebrales traumáticas manifestadas en paralelo a la sintomatología clínica. Las experiencias traumáticas procesadas de manera desadaptativa implican un desequilibrio emocional que deriva en reacciones conductuales o comportamientos defensivos contra futuros traumas. Se activan o desactivan en un esfuerzo fallido por lograr volver al equilibrio.

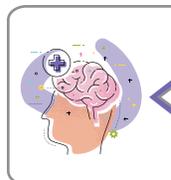


Algunos hallazgos neurobiológicos han señalado que los pacientes con TEPT generalmente presentan una falta de cortisol basal al momento de experimentar el trauma psicológico, lo que puede facilitar e incrementar las respuestas de estrés de forma prolongada. En términos simples, el desarrollo del TEPT altera la neuroquímica cerebral, ocasionando un efecto regulador inadecuado que potencia la afectación de procesos psicológicos como la atención, la percepción y la memoria, afectando implícitamente los procesos de aprendizaje y funciones cognitivas (**Sherin et al., 2022**). La exposición al trauma es un factor de riesgo predominante y con un impacto negativo en la salud integral de una persona. Tal como se ha descrito anteriormente, la exposición prolongada al estrés incrementa el riesgo de generar síntomas físicos y mentales derivados. El TEPT afecta aproximadamente al 8% de la población mundial durante su vida y se desarrolla generalmente después de la experiencia de un evento traumático. Sin embargo, alrededor del 80-90% de las personas expuestas al trauma no desarrollarán el trastorno, lo que sugiere que existe cierta diferenciación en términos de vulnerabilidad.

Desde aspectos epigenéticos, aún son desconocidos los mecanismos biológicos que determinan el desarrollo del TEPT y si existen cambios en la genómica y epigenómica del individuo. Existe evidencia científica que señala la presencia de procesos metabólicos y bioquímicos en las personas con TEPT relacionados a factores ambientales.

Incluso estudios realizados en animales durante el embarazo confirman que podría ser un factor predictivo para el desarrollo del trastorno. Es relevante señalar que también influyen otros factores, tales como la historia clínica de la persona, otras patologías, el ambiente, su contexto, entre otros **(Al Jowf et al., 2021)**.

Existen otros factores etiológicos en los trastornos mentales que han sido estudiados por décadas, con especial interés en explorar las implicaciones de ciertas experiencias en el sistema nervioso central y la formación del yo. Recientes estudios en neurociencias han contribuido con modelos explicativos sobre la biología del cerebro, sus estructuras y su relación con el trauma psicológico. Estos avances permiten que tanto la psiquiatría como la psicología comprendan mejor las implicaciones emocionales, cognitivas, sociales y biológicas del desarrollo humano **(Van der Kolk, 2022)**.



1.3. Trastorno de Estrés Postraumático

El TEPT forma parte del grupo de trastornos de ansiedad. Su característica principal es haber experimentado un evento traumático que impacta en la integridad física o mental de una persona e incluye la amenaza o peligro inminente de muerte o lesión grave. A grandes rasgos, el TEPT se manifiesta a través de la reexperimentación del evento traumático en forma de memorias o pensamientos intrusivos llamados flashbacks, pesadillas o sueños relacionados con la experiencia traumática, respuestas evitativas, cambios en el estado anímico, pensamientos negativos, reactividad fisiológica y emocional, hipervigilancia y sobreexcitación.

Puesto que los criterios diagnósticos para la identificación del TEPT son claros, es necesario resaltar la importancia de implementar una examinación minuciosa, apoyada con otros instrumentos o escalas, así como también de la entrevista clínica semiestructurada, con la intención de complementar la recolección de datos y confirmar el diagnóstico. De este modo, se tendrán los elementos necesarios para trazar la línea de intervención clínica **(Cobos-Rondono et al., 2021)**.

Algunas escalas utilizadas para detectar síntomas de estrés postraumático incluyen:

1. Escala del Impacto del Evento - Revisión (IES-R) para el DSM-IV (Weiss y Marmar, 1996). Esta escala, compuesta por 22 ítems autoaplicables, mide el estrés subjetivo causado por eventos traumáticos. Incluye algunos síntomas del TEPT, pero no se ha adaptado a la versión del DSM-V, donde se evalúan alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. Se utiliza para identificar específicamente el evento estresante.

2. Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI) (Foa et al., 1999). Es un cuestionario autoaplicable que mide el TEPT, preguntando a la persona cuánto se ha visto afectada por cada uno de los síntomas especificados en el DSM-IV, en una escala de frecuencia de 1 a 5 o más veces por semana. También indica si los síntomas han tenido alguna afectación en distintas áreas de su vida

3. Escala de Trauma de Davidson (DTS) (Davidson et al., 1997). Esta escala de autoevaluación consta de 17 ítems y se divide en tres dimensiones: Intrusión, Evitación e Hiperactivación. Se utiliza para medir la presencia y gravedad de los síntomas del TEPT.



Existen otros instrumentos que permiten medir la sintomatología del TEPT desde su prevalencia, frecuencia e intensidad. Los mencionados son los más frecuentes. Es importante señalar que la valoración clínica por parte de un especialista es crucial para el diagnóstico y la definición de una línea de tratamiento adecuada para cada situación y persona.

Los tratamientos de psicoterapia más recomendados para el TEPT incluyen la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC) y la Terapia de Exposición Prolongada (EP). Además, existen tratamientos farmacológicos para contrarrestar los efectos bioquímicos y disminuir la sintomatología presente, los cuales deben ser administrados por un especialista tras una examinación clínica (National Center for PTSD, 2015).

Por otro lado, se han documentado otros tratamientos de intervención para la recuperación de víctimas con TEPT, como el desarrollado por la especialista Judith Herman. Este modelo de intervención abarca aspectos de la relación con la víctima, la reconexión con el evento y su incorporación en la vida comunitaria. Tal como se ha descrito anteriormente, la examinación clínica y la historia de la persona juegan un papel importante para conocer la gravedad de los síntomas y la presencia de otros trastornos ya existentes o con cierta comorbilidad. Según Miranda (2010), se establece que los síndromes o trastornos traumáticos deben ser propiamente diagnosticados, basándose en que la persona haya sido expuesta de manera directa a un trauma agudo reciente y presente síntomas relacionados al trastorno. En ocasiones, las personas que han estado expuestas frecuentemente a situaciones traumáticas, es decir, por un tiempo prolongado y repetitivo, pueden no permitir un diagnóstico tan directo o bien no especificar la presencia de los síntomas en la examinación.

Referencias

American Psychiatric Association [APA] (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III*. Estados Unidos: APA.

American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Estados Unidos: APA.

American Psychiatric Association [APA] (2022). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V-TR*. Estados Unidos: APA.

Al Jowf, G., Snijders, C., Rutten, B., de Nijs, L., y Eijssen, L. (2021). The molecular biology of susceptibility to post-traumatic stress disorder: Highlights of epigenetics and Epigenomics. *International Journal of Molecular Sciences*.

Cobos-Redondo, B., Navarro, R., Morán, N., Altung, P., Gesteira, C., Fausor, R., Reguera, B., García-Vera, M. y Sanz, J. (2021). La Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático (PCL) en víctimas del terrorismo: análisis comparativo de las propiedades psicométricas de su aplicación telefónica frente a presencial. *Ansiedad y Estrés*.

Crocq, M. y Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*.

Davidson, J., Book, S., Colket, J., Tupler, L., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mell-man, T., Beckham, J., Smith, R., Davidson, R., Katz, R. y Feldman, M. (1997). Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*.

Foa, E., Ehlers, A., Clark, D., Tolin, D. y Orsillo, S. (1999). The Post-Traumatic Cognition Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*.

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. Reino Unido: Hachette Book Group.

Holmes, T. y Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*.

Referencias

- Lenferink, L., Van Den Munckhof, M., de Keijser, J., y Boelen, P. (2021). DSM-5-TR prolonged grief disorder and DSM-5 posttraumatic stress disorder are related, yet distinct: confirmatory factor analyses in traumatically bereaved people. *European journal of psychotraumatology*.
- Melo, Z., Olmedo, Y., Lavoignet, B., Núñez, F., y Landaverde, C. (2021). Acontecimientos vitales estresantes en mujeres trabajadoras de un mercado del estado de Veracruz, México. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*.
- Miranda, C. (2010). Trauma psíquico y trastorno de estrés post traumático. Judith Herman: Abordaje terapéutico. *Temática Psicológica*.
- National Center for PTSD (2015). Tratamientos eficaces para el TEPT: Considerar la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) como el tratamiento de primera elección. *Sitio Oficial National Center for PTSD*.
- Salazar, Y., Jaimes, L., Cotes, C., y de Oliveira, S. (2021). Víctimas del desplazamiento forzado: comorbilidad entre trastorno por estrés postraumático (TEPT) y depresivo mayor (TDM). *Informes Psicológicos*.
- Sherin, J., y Nemeroff, C. (2022). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Suárez-Cuba, M. (2010). La importancia del análisis de los Acontecimientos Vitales Estresantes en la Práctica Clínica. *Revista Médica La Paz*.
- Van der Kolk, B. (2022). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Weiss, D. y Marmar, C. (1996). The Impact of Event Scale – Revised. En: J. Wilson y T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford.

La obra presentada es propiedad de ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN SUPERIOR A.C. (UNIVERSIDAD TECMILENIO), protegida por la Ley Federal de Derecho de Autor; la alteración o deformación de una obra, así como su reproducción, exhibición o ejecución pública sin el consentimiento de su autor y titular de los derechos correspondientes es constitutivo de un delito tipificado en la Ley Federal de Derechos de Autor, así como en las Leyes Internacionales de Derecho de Autor.

El uso de imágenes, fragmentos de videos, fragmentos de eventos culturales, programas y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, es exclusivamente para fines educativos e informativos, y cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por UNIVERSIDAD TECMILENIO.

Queda prohibido copiar, reproducir, distribuir, publicar, transmitir, difundir, o en cualquier modo explotar cualquier parte de esta obra sin la autorización previa por escrito de UNIVERSIDAD TECMILENIO. Sin embargo, usted podrá bajar material a su computadora personal para uso exclusivamente personal o educacional y no comercial limitado a una copia por página. No se podrá remover o alterar de la copia ninguna leyenda de Derechos de Autor o la que manifieste la autoría del material.