

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CUADROS DE ESTRÉS POR TERRORISMO

José Guimón (catedrático de psiquiatría de la Universidad del País Vasco)

onpguugj@ehu.es

RESUMEN

El autor revisa los estudios que están siendo realizados en los últimos años con la globalización del terrorismo. Se describe la epidemiología de los cuadros que se han producido han en el mundo en los individuos sometidos a amenazas y en los expuestos directa o indirectamente a ataques. Enumeran las intervenciones preventivas y terapéuticas que se han propuesto y que no siempre tienen una eficacia probada o que incluso pueden ser perjudiciales.

PALABRAS CLAVE

Estrés postraumático. Terrorismo.

SUMMARY

The author reviews recent studies on the globalization of terrorism. The epidemiology of the clinical symptoms that have occurred worldwide among individuals subjected to threats and those directly or indirectly exposed to attacks are described. They list the proposed therapeutic and preventive measures and which have not always had a proven efficiency or which may even be harmful.

KEY WORDS

Postrumatic Stress disorder. Terrorism

La generalización del terrorismo en el mundo ha producido en los individuos sometidos a amenazas y en los expuestos directa o indirectamente a ataques, la aparición de cuadros con algunas características particulares que están siendo más estudiadas en los últimos 10 años y que permiten realizar algunas propuestas preventivas y terapéuticas y que revisamos a continuación.

1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Se sabía desde antiguo que, ante determinadas catástrofes, aparecían cuadros psíquicos agudos (amnesia, parálisis, cegueras, sorderas, etc.), que fueron denominados «neurosis de terror», «neurosis de guerra», «sinistrosis» y «neurosis de miedo» y que se incluyeron en las llamadas «neurosis traumáticas». como "tipos de neurosis donde la aparición de los síntomas es consecuencia a un choque emotivo, a una situación donde el sujeto ha sentido su vida amenazada". Se puede manifestar, desde el momento del choque, por una crisis ansiosa paroxística, pudiendo provocar estados de agitación, de estupor o de confusión mente. Su evolución posterior, las más de las veces, después de un intervalo libre, permite distinguir esquemáticamente dos casos:

a) El traumatismo actuaría como elemento desencadenante, revelador de una estructura neurótica pre-existente.

b) El traumatismo jugará un papel determinante en el contenido mismo del síntoma (sueños repetidos, "flash back", etc.), que aparecería como una tentativa por abrigarse en el trauma; una fijación al trauma se acompaña de una inhibición más o menos generalizada de la actividad del sujeto, con fatiga ,

falta de concentración, etc. Es frecuente la aparición o reagudización de cuadros de ansiedad, depresión y abuso de sustancias

Un cuadro de evolución subaguda, el llamado estrés postraumático fue reconocido por la Asociación Psiquiátrica Americana en el DMS III por la presión de los grupos de excombatientes de la guerra de Vietnam. Para su diagnóstico se requieren, como se ha visto en otros capítulos, diversos criterios de inclusión. No se ha tratado en ellos, sin embargo, de otros problemas con tendencia a la cronicidad, que comienzan a aparecer más tarde entre los damnificados y que producen sufrimientos elevados en los pacientes y su entorno y ambivalencias en los administradores de la salud: los cuadros llamados “ficticios” y de “simulación” que anteriormente fueron denominados como “neurosis de renta”

En la Primera Guerra Mundial, los síntomas que presentaron los soldados en las trincheras persistieron, en ocasiones, durante mucho tiempo, originando a veces problemas crónicos por los que los portadores recibían de por vida una pensión por parte del Estado. En los años 50, fue notable el aumento de las solicitudes de indemnización económica tras accidentes de trabajo y sin clara justificación orgánica. Tras las Guerras de Vietnam, de la del Golfo y recientemente de los grandes atentados terroristas en distintos países las incapacidades por causas psíquicas han alcanzado cifras alarmantes. En todas esas circunstancias se observa frecuentemente una tendencia a la obtención de una indemnización, una renta u otro tipo de beneficio. Los hombres de leyes, forenses, médicos militares, etc., comenzaron a preocuparse por el desenmascaramiento de entre ellos de algunos sujetos simuladores

2. EPIDEMIOLOGÍA

2.1. Prevalencia

5.2 millones de norteamericanos sufren cada año de EPT (Henry, 2007)

Tras el 11 S apareció un aumento de la prevalencia de estos cuadros en la ciudad más afectada, Nueva York (11,2%), especialmente en niños (28,6% síntomas ansiosos depresivos (Hoven, 2005)) y adolescentes (7,4% en el Bronx (Calderoni, 2006)). Los factores que se detectaron como predictores fueron : Pérdida interpersonal, proximidad de la catástrofe y dependencia previa al alcohol (Hasin,2007). En estudios realizados en la misma época en otros lugares no expuestos directamente la prevalencia era menor : EEUU (4%); Washington (2,7%) (Schlenger,2002). Otros estudios realizados en el Reino Unido y en Irlanda dan resultados semejantes.

El 14.4% de los expuestos en Israel a 4 años ininterrumpidos de acciones terroristas mostraron síntomas de EPT. La etnia árabe, el ser inmigrante y un nivel menor de educación fueron predictores de su aparición (Bleich, 2006) y en cambio la religiosidad, y la cohesión social mejoraban la resiliencia y disminuían la prevalencia (Kaplan, 2005) . En otro trabajo se halló que un tercio de los civiles expuestos, tanto directamente como indirectamente a terrorismo crónico en Israel, presenta. En una investigación de Miguel-Tobal y sus colaboradores tras el atentado del 11 de marzo de 2004 en Madrid, la frecuencia de estrés postraumático entre la población fue menor ban niveles elevados de PTSD o algunos síntomas del trastorno(Shalev, 2006) .

2.2. Factores protectores

Algunos factores biológicos y psicosociales disminuyen la vulnerabilidad ante el estrés y son considerados como elementos de “Resiliencia” (Southwick, 2005).

En premier lugar se ha afirmado que el estado de los neurotransmisores influye en la homeostasis y por lo tanto en la resiliencia ante el estrés. Por

ejemplo , los receptores proliferadores de la Peroxisome (PPARs) mitigan la inflamación asociada a los traumatismos cerebrales (Kapadia, 2008; el aporte de ácidos grasos Omega-3 (Wu, 2007; Molteni, 2004) y el ejercicio físico(Griesbach, 2004) equilibran los niveles del factor neurotrófico cerebral (BDNF) y restauran la homeostasis tras traumas cerebrales. Lo mismo se ha dicho de la Serotonina (receptor 5-HT1A , polimorfismos del gene transportador del 5-HT), la noradrenalina (receptores alpha-2 adrenérgicos, neuropéptidoY, polymorfismos del gene alpha-2 adrenérgico), la Dopamina. La Hormona liberadora de la corticotropina (CRH), la dehydroepiandrosterone (DHEA), el cortisol y los receptores CRH. Lamentablemente, todavía no se puede aconsejar su utilización para los casos que nos ocupan.

Por otra parte se han descrito algunos rasgos psicológicos que favorecen la resiliencia: Optimismo, humor, flexibilidad cognitiva , estilo cognitivo explicativo, aceptación, religiosidad/espiritualidad, altruismo, apoyo social, estilos de afrontamiento , ejercicio, etc

Finalmente, las experiencias previas si han sido exitosas pueden mejorar la capacidad de enfrentarse a situaciones estresantes, lo que ha llevado a utilizar en la preparación de las personas que van a enfrentarse a ese tipo de circunstancias, técnicas de “inoculación de estrés”, en forma semejante a las vacunaciones para enfermedades infecciosas.

3. LOS SÍNTOMAS Y SU EVALUACIÓN

En ocasiones, los síntomas no son directamente de EPT sino que aparecen bajo la forma de otros síndromes como síndrome de estrés agudo, depresión, reacciones de duelo complicado , abuso de sustancias , empeoramiento de la salud física, miedo, ansiedad, hiperexcitabilidad fisiológica , somatización, descontrol de la rabia, incapacidad funcional, e interrupción o regresión en el desarrollo infantil(Murthy, 2007)

Existen numerosos instrumentos de evaluación(tabla 1)

Tabla 1. Instrumentos de evaluación

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition diagnosis of PTSD
- Clinician Administered PTSD Scale Part 2 (CAPS-2)
- The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) (Transcultural)
- PCL-T, a 17-item PTSD checklist (NIH)
- Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist
- Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire
- Kaplan´s semistructured interview and questionnaire survey
- Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC).

4. EVITAR LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS TRAS UN TRAUMA AGUDO O CRÓNICO

Se ha considerado importante como factor preventivo el apoyar a las comunidades afectadas para lograr apoyo social sólido con guías de intervención para trabajadores psicosociales (de Zulueta, 2007). La actuación se debe hacer preferentemente sobre grupos vulnerables (mujeres, viudas, niños, ancianos, minusvalidos), y sobre aquellas personas que tras el trauma quedan con dolores crónicos, pérdidas de partes corporales y pérdidas de seres queridos (Murthy, 2007)

El beta-bloqueante propranolol, reduce la consolidación de la memoria emocional cuando se administra inmediatamente después del trauma psíquico y resulta también un buen profilático si se aplica en personas que van a verse sometidas a circunstancias muy estresantes. Sin embargo, esta técnica ha sido puesta en entredicho por consideraciones éticas y clínicas (Henry, 2007).

Acciones esporádicas de asesoramiento no parecen ser útiles. Así

los síntomas de ansiedad, depresión y EPT no disminuyeron significativamente respecto a un grupo control con aconsejamiento interpersonal y un gran porcentaje de los sujetos abandonaron la experiencia (Holmes, 2007), lo que sería un obstáculo si se pretendiera realizar intervenciones múltiples generalizadas como prevención

Sin embargo, un estudio casi controlado sobre un programa de dos meses en escolares "*Overshadowing the Threat of Terrorism*" mejoró todos los síntomas (Holmes, 2007)

5. TRATAMIENTO DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Las recientes catástrofes del 11-S, el 11 M etc. han condicionado que se generen y que salgan a la luz un número hasta ahora desconocido de estos cuadros. Ello ha hecho que se intenten numerosas aproximaciones terapéuticas cuya eficacia resumimos aquí de acuerdo con el (J. Clinical Evidence) (Tabla 2)

(Tabla 2) TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO: INTERVENCIONES (modificado de Clinical Evidence)

<p>PREVENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probablemente beneficioso <p>-Terapia cognitivo conductual de episodios múltiples</p> <p>-Terapia de exposición prolongada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Improbable que sea 	<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia desconocida <p>-Aconsejamiento de apoyo</p> <p>-Manejo de afectos</p> <p>-Psicoterapia psicodinámica</p> <p>-Hipnoterapia</p> <p>-Programas de hospitalización</p> <p>-Psicodrama</p>
--	---

<p>beneficioso</p> <p>-Intervenciones psicológicas de episodio único (“debriefing”)</p> <p>TRATAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficioso- <p>-Terapia cognitivo-conductual</p> <p>-Terapia de exposición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probablemente beneficioso <p>-Desensibilización por movimientos</p> <p>-Sertralina</p>	<p>-Otras medicaciones (fluoxetina, brofaromina, amitriptilina, lamotrigina, benzodiazepinas, antipsicóticos, carbamazepina, imipramina, phenelzina)</p>
---	--

6. EVITAR APARICIÓN TRAS TRAUMA

De Zulueta (de Zulueta, 2007) considera al Estrés Post Traumático (EPT) como una de las más importantes manifestaciones del desarreglo del sistema de apego (*attachment*) humano, consecuencia de la violencia de masas. Esta concepción ayuda a categorizar mejor las orientaciones preventivas y terapéuticas. En efecto, como la vulnerabilidad al estrés postraumático parece transmitirse genéticamente a través de la organización psicobiológica del sistema de apego de los padres, será necesario apoyar a las comunidades afectadas con un apoyo social sólido. El autor propone guías de intervención especialmente para los trabajadores psicosociales que deben ser cuidadosamente formados y supervisados. Es responsabilidad de los políticos el proporcionar los medios para ello.

Se ha visto que las técnicas de orientación cognitiva son eficaces para reducir la morbilidad tras grandes traumas psíquicos. Sin embargo, los síntomas de ansiedad, depresión y EPT no disminuyeron significativamente respecto a un grupo control (8) cuando se realizan actuaciones de aconsejamiento interpersonal únicas, aisladas, después del trauma. Se han realizado estudios controlados y Revisiones Cochrane sobre la utilidad de estas intervenciones (Tabla 3).

Tabla 3. Datos aportados por estudios recientes sobre las intervenciones psicológicas en el EPT.

- La terapia cognitivo/conductual breve
 - Sijbrandij: La terapia cognitivo/conductual breve es útil en la depresión concurrente al EPT
- *Psychological debriefing* en sesión única
 - Knobler, 2007: Debriefing para estudiar las circunstancias del suceso
 - Sijbrandij, 2006: no es útil
 - Revisión de Aulagnier, 2004: 8 estudios no mostraron ningún efecto; 3 efecto negativo y 1 positivo sobre depresión, ansiedad y consumo de alcohol. Puede retrasar el diagnóstico y el tratamiento
 - Revisión de Wessely, 2001: En 8 estudios no demostró ser útil y su realización obligatoria debe cesar.
 - Rose, 2002 (Cochrane) en 11 estudios no demostró ser útil y su realización obligatoria debe cesar.
 - Revisión de van Emmerik, 2002: no mejoró los síntomas

BIBLIOGRAFÍA

Aulagnier M, Verger P, Rouillon F. Efficiency of psychological debriefing in preventing post-traumatic stress disorders]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2004;52(1):67-79.

Bleich A, Gelkopf M, Melamed Y, Solomon Z. Mental health and resiliency following 44 months of terrorism: a survey of an Israeli national representative sample. *BMC Med*. 2006;27(4):21.

Bleich A, Gelkopf M, Solomon Z. Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *JAMA* 2003;6(290(5)):612-20.

Brady K, Pearlstein T, Asnis G, Baker D, Rothbaum B, Sikes C, et al. Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;12(283(14)):1837-44.

Calderoni M, Alderman E, Silver E, Bauman L. The mental health impact of 9/11 on inner-city high school students 20 miles north of Ground Zero. In: Lavikainen J, Fryers T, Lethinen V, editors. *Improving Mental Health Information in Europe*. Helsinki: Stakes. *J Adolesc Health*.; 2006. p. 57-65.

Duffy M, Gillespie K, Clark DM. *BMJ*. Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 2007,334(7604):1147..

de Zulueta C. Mass violence and mental health: attachment and trauma. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19(3):221- Hasin D, Keyes K, Hatzenbuehler M, Aharonovich E, Alderson D. Alcohol consumption and posttraumatic stress after exposure to

terrorism: effects of proximity, loss, and psychiatric history. *Am J Public Health.* 2007;2(97(12)):2268-75.

Feldner M, Monson C, Friedman M. A critical analysis of approaches to targeted PTSD prevention: current status and theoretically derived future directions. *Behav Modif.* 2007;31(1):80-116.

Henry M, Fishman J, Youngner S. Propranolol and the prevention of post-traumatic stress disorder: is it wrong to erase the "sting" of bad memories? *Am J Bioeth.* 2007;7(9):12-20.

Griesbach G, Hovda D, Molteni R, Wu A, Gomez-Pinilla F. Voluntary exercise following traumatic brain injury: brain-derived neurotrophic factor upregulation and recovery of function. *Neuroscience* 2004;125(1):129-39.

Halepota A, Wasif S. Harvard Trauma Questionnaire Urdu translation: the only cross-culturally validated screening instrument for the assessment of trauma and torture and their sequelae. *J Pak Med Assoc.* 2001;51(8):285-90.

Halepota A, Wasif S. Hopkins Symptoms Checklist 25(HSCL-25) Urdu translation: an instrument for detecting anxiety and depression in torture and trauma victims. *J Pak Med Assoc.* 2001;251(7):255-7.

Hoven C, Duarte C, Lucas C, Wu P, Mandell D, Goodwin R, et al. Psychopathology among New York city public school children 6 months after September 11. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(5):545-52.33.

Holmes A, Hodgins G, Adey S, Menzel S, Danne P, Kossmann T, et al. Trial of interpersonal counselling after major physical trauma. *Aust N Z J Psychiatry.* 2007;41(11):926-33.

Kapadia R, Yi J, Vemuganti R. Mechanisms of anti-inflammatory and neuroprotective actions of PPAR-gamma agonists. *Front Biosci.* 2008;13:1813-26.

Kaplan Z, Matar M, Kamin R, Sadan T, Cohen H. Stress-related responses after 3 years of exposure to terror in Israel: are ideological-religious factors associated with resilience? *J Clin Psychiatry.* 2005;66(9):1146-54.

Kimerling R, Gima K, Smith M, Street A, Frayne S. The Veterans Health Administration and military sexual trauma. *Am J Public Health.* 2007;97(12):2160-6.

Knobler H, Nachshoni T, Jaffe E, Peretz G, Yehuda Y. Psychological guidelines for a medical team debriefing after a stressful event. *Mil Med.* 2007;172(6):581-5.

Miguel-Tobal JJ, Cano-Vindel A, Gonzalez-Ordi H, Iruarrizaga I, Rudenstine S, Vlahov D, Galea S. PTSD and depression after the Madrid March 11 train bombings. *J Trauma Stress.* 2006 Feb;19(1):69-80

Molteni R, Wu A, Vaynman S, Ying Z, Barnard R, Gómez-Pinilla F. Exercise reverses the harmful effects of consumption of a high-fat diet on synaptic and behavioral plasticity associated to the action of brain-derived neurotrophic factor. *Neuroscience.* 2004;123.(2):429-40.

Murthy R. Mass violence and mental health--recent epidemiological findings. *Int Rev Psychiatry.* 2007;19(3):183-92.

Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;2(CD000560).

Shalev A, Tuval R, Frenkiel-Fishman S, Hadar H, Eth S. Psychological responses to continuous terror: a study of two communities in Israel. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):667-73.

Schlenger W, Caddell J, Ebert L, Jordan B, Rourke K, Wilson D, et al. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *JAMA* 2002;7(288(5)):581-8.

Shoeb M, Weinstein H, Mollica R. The Harvard trauma questionnaire: adapting a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Iraqi refugees. *Int J Soc Psychiatry* 2007;53.(5):447-63.

Sijbrandij M, Olf M, Reitsma J, Carlier I, Gersons B. Emotional or educational debriefing after psychological trauma. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006;189(150-5). *Syst Rev* 2001;3(CD000560.).

Sijbrandij M, Olf M, Reitsma J, Carlier I, de Vries M, Gersons B. Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;164(1):82-90.

Southwick S, Vythilingam M, Charney D. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:255-91.

Vaishnavi S, Connor K, Davidson J. An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Res*. 2007;30(152(2-3)):293-7.

van Emmerik A, Kamphuis J, Hulsbosch A, Emmelkamp P. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*. 2002;360(9335):766-71.

Wessely S, Rose S, Bisson J. Brief psychological interventions ("debriefing") for trauma-related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder. *Cochrane Database*32.

Wang Y, Nomura Y, Pat-Horenczyk R, Doppelt O, Abramovitz R, Brom D, et al. Association of direct exposure to terrorism, media exposure to terrorism, and other trauma with emotional and behavioral problems in preschool children. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1094:363-8.

Wu A, Ying Z, Gomez-Pinilla F. Omega-3 fatty acids supplementation restores mechanisms that maintain brain homeostasis in traumatic brain injury. *J Neurotrauma*. 2007;24(10):1587-95.