

Estrés post-traumático y adicciones

LLORENS, R.*; MORALES, E.**; DE VICENTE, T.***; CALATAYUD M.D.****

* Médico de la UCA del Área 10 (Alzira, Valencia).

** Médico de la UCA del Área 9 (Catarroja, Valencia).

*** Psiquiatra del Hospital de la Ribera (Alzira, Valencia).

**** Psicóloga de la UCA del Área 10 (Alzira, Valencia).

Enviar correspondencia:

Dr. R. Lloréns. Unitat de Conductes Adictives. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Área 10. C/Onda s/n, 46600 ALZIRA (Valencia).

RESUMEN

La literatura científica recoge la prevalencia del *trastorno de estrés post-traumático* asociado al consumo de drogas. Ambos se complican entre sí dificultando el abordaje terapéutico. El diagnóstico de ambos, su coexistencia y su curso evolutivo se ven implicados en el resultado de las actuaciones terapéuticas. De ahí que resulte imprescindible descartarlo, a la hora de realizar el diagnóstico de cualquier trastorno adictivo con evolución tórpida. Presentamos una serie de diez casos en los que hallamos comorbilidad clínica de trastorno por abuso/dependencia de drogas y estrés post-traumático, señalando la importancia del diagnóstico dual para realizar el tratamiento integral y mejorar, así, el pronóstico de ambos procesos.

Palabras clave: Trastorno por estrés postraumático, abuso/dependencia, drogas, tratamiento.

ABSTRACT

The scientific literature includes the prevalence of post-traumatic stress disorder associated with drug use. Both overlap each other, making a therapeutic approach difficult. The diagnosis of both, their coexistence and their evolutionary course, is seen to be implicated in the result of therapeutic action. Therefore, it is essential to discard it when diagnosing any addictive disorder of a poor evolution. We are presenting ten cases in which we found clinical comorbidity from drug abuse/dependence disorder or post-traumatic stress, pointing out the importance of the dual diagnoses in order to carry out a complete treatment and thus improve the prognosis for both processes.

Key words: post-traumatic stress disorder, abuse / dependence, drugs, treatment.

El Trastorno de / por estrés post-traumático (F43.1 de la CIE-10(1); DSM-IV [309.81](2)) presenta, según el DSM-IV, una prevalencia comunitaria global que oscila entre el 1 y el 14%. Esta variabilidad se explica en función de los criterios diagnósticos empleados y del tipo de población estudiada.

Tanto la CIE-10 como el DSM-IV clasifican esta alteración atendiendo a criterios temporales de inicio y duración del cuadro clínico. Los síntomas del *trastorno de estrés post-traumático*, de la CIE-10, y del *trastorno por estrés postraumático*, del DSM-IV, poseen una duración que supera las cuatro semanas. Y existe un periodo de latencia variable, entre el trauma y la aparición de la clínica, que suele ser de unos tres meses, pero puede oscilar entre unas pocas semanas y, en raras ocasiones, alargarse incluso años. Cuando la distancia temporal entre el trauma y la aparición de los síntomas que lo definen se prolonga más allá de los seis meses, entonces el DSM-IV lo denomina *de inicio demorado*.

El estrés post-traumático define una entidad clínica en la que básicamente coinciden la CIE-10 y el DSM-IV y cuya etiología se halla en la exposición a un acontecimiento estresante o a una situación, breve o duradera, excepcionalmente amenazadora para la propia vida o la de otros (guerras, torturas, crímenes, terrorismo, accidentes automovilísticos graves, catástrofes naturales, violaciones, diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales, etc...), a consecuencia de lo cual, quien ha vivido semejante encrucijada, reacciona mediante una respuesta diferida y caracterizada por el temor, la desesperanza y el horror intensos, acompañados de reexperimentación o reviviscencia del acontecimiento traumático a través de pensamientos, recuerdos, percepciones o sensaciones que pueden acompañarse de hiperactividad vegetativa; evitación de actividades, situaciones o personas evocadoras del trauma que se asocia a embotamiento psico-afectivo y de la capacidad de respuesta; síntomas persistentes de activación arousal tales como insomnio, iracundia,

irritabilidad, falta de concentración, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. Este cuadro clínico debe prolongarse, al menos, durante un mes y ocasionar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la vida y la actividad de la persona. El DSM-IV indica que se debe especificar si es *agudo*, cuando los síntomas duran menos de tres meses, y *crónico* si duran tres meses o más.

El diagnóstico diferencial del *trastorno de estrés post-traumático* debe hacerse, tal y como propone el DSM-IV, con el *trastorno adaptativo* en el cual la intensidad del factor estresante es muy variable y la experiencia vivida de pérdida del puesto de trabajo, de duelo o de separación, abandono de la pareja, etc..., no reúnen los criterios clínicos para hacer el diagnóstico de estrés post-traumático. Hay que considerar además, como indican claramente tanto la CIE-10 como el DSM-IV, que todos los síntomas de carácter psicopatológico que aparecen tras una exposición a un factor estresante extremo no deben atribuirse necesariamente a él. Porque si previamente se padeciesen síntomas de evitación, embotamiento psico-afectivo y activación arousal, éstos no pueden hacerse depender del estrés post-traumático y deberán considerarse secundarios a otro trastorno psíquico preexistente, aún cuando se vean agravados por el estrés tras el trauma padecido. Además, si a pesar de haber estado expuesto a un estresor extremo, el cuadro clínico subsiguiente adopta la forma de otro trastorno mental, en lugar de o además del cuadro clínico característico del estrés post-traumático, deberá preferirse el otro diagnóstico. El estrés agudo, debe haberse resuelto en el plazo de un mes, de lo contrario y si cumple criterios de estrés post-traumático debe reconocerse como tal. Los pensamientos intrusos de carácter recurrente no relacionados con el trauma definen mejor el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo. Las reviviscencias o flashbacks típicos del estrés post-traumático han de distinguirse de las ilusiones, alucinaciones y otras alteraciones perceptivas típicas de los cuadros psicóticos, delirium, alteraciones afectivas con sínto-

mas psicóticos, trastornos relacionados con abuso de sustancias, y los síntomas psicóticos debidos a patología médica. Si estuvieran en juego ganancias secundarias habría que descartar la posibilidad de una simulación.

La CIE-10 explica que, en el trastorno de estrés post-traumático, "el consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante". Y el DSM-IV indica que "en el trastorno de estrés post-traumático puede haber mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y *trastorno relacionado con sustancias*".

El estrés post-traumático y los trastornos asociados al uso de sustancias están funcionalmente muy relacionados. Y en la mayoría de publicaciones encontradas el estrés post-traumático precede al consumo de sustancias, que son utilizadas, posteriormente, para modificar los síntomas debidos al estrés post-traumático (3), (4).

Así mismo, un reciente estudio informa del aumento detectado en el consumo de tabaco, alcohol y marihuana, entre los residentes de Manhattan (New York), tras los acontecimientos ocurridos el 11 de septiembre de 2001 (5).

Nuestra intención es comunicar una serie de diez casos clínicos en los que hemos podido establecer, razonablemente, la relación entre el estrés post-traumático y un trastorno relacionado con sustancias adictivas.

Los criterios diagnósticos empleados fueron los que establece la CIE-10 y el DSM-IV, para el *trastorno debido a estrés post-traumático*, y el referente para los datos fue la historia clínica. Tanto el diagnóstico como la información obtenida a través de la historia clínica los contrastaron los diferentes clínicos, autores de esta comunicación, y solo se aceptaron aquellos en los que existía plena coincidencia. La semejanza de dichos datos queda reflejada en las tablas 1 y 2.

Tabla 1

EDAD	SEXO	ESTRESOR	SUSTANCIA ADICTIVA
44	♀	cáncer de mama	hipnóticos
44	♂	muerte de un hijo enfermo	alcohol
34	♀	adenitis histiocitaria necrotizante	alcohol
25	♂	soldado participante en guerra	opiáceos-cocaína
40	♂	grave accidente de tráfico	alcohol-benzodiazepinas
49	♂	muerte accidental de una hija	alcohol
46	♂	grave accidente tráfico	alcohol
34	♀	malos tratos	alcohol-benzodiazepinas
36	♂	muerte de un hijo enfermo	alcohol
29	♀	malos tratos	hipnóticos-alcohol

Tabla 2

Procedencia de los pacientes	Tiempo transcurrido hasta el diagnóstico	Diferencias de género en cuanto a la evolución	Evolución del / la paciente
Espontánea: 4 A. Primaria: 1 M. Interna: 1 U.S.M. (a): 4	4 meses: 1 1 año: 2 18 meses: 1 2 años: 3 4 años: 1 10 años: 1 15 años: 1	♂ : (n: 6) variable (b): 2 abandono (c): 2 buena (d): 2 ♀ : (n: 4) variable: 1 abandono: 1 buena: 2	Abandono: 3 Variable: 3 Buena: 4
(a) U.S.M. : Unidad de Salud Mental. (b) Variable: periodos alternados de estabilidad y recaída. (c) Abandono: dejar de asistir a consultas programadas. (d) Buena: abstinencia o recuperación de un patrón de consumo no perjudicial, adherencia a tratamiento y abandono de la automedicación, durante un periodo medio de seis meses (mínimo cuatro y máximo dieciséis meses).			

De todos los casos presentados, seis de ellos, cumplían criterios de dependencia fisiológica a la sustancia por la que accedieron espontáneamente o fueron remitidos a la Unidad de Conductas Adictivas. Los otros cuatro reunían características de abuso. En ninguno de los pacientes de nuestra serie el trastorno de estrés post-traumático fue *de inicio demorado*.

En todos los casos la evolución del trastorno relacionado con sustancias corría paralelo, pero dependiente, del trastorno por estrés post-traumático. De manera que la dependencia/abuso agravaba los síntomas del estrés post-traumático y dificultaba su abordaje y, a su vez, el estrés post-traumático inducía el consumo y lo complicaba provocando la aparición de recaídas. En un caso apareció una conducta compulsiva y autolimitada, que duraba entre tres y cinco días, y que se repetía con asiduidad de una o, raramente, dos veces por mes, en el contexto de un estrés post-traumático de larga evolución, cronificado y sin conciencia de relación entre ambos trastornos para el paciente. Mientras que en el resto de casos, existía un consumo regular, así como una clara conciencia de asociación entre ambos.

A seis pacientes que lo necesitaron se les realizó una desintoxicación: ambulatoria, en cuatro casos, y hospitalaria en dos. El abordaje terapéutico ambulatorio se realizó con psicofármacos y psicoterapia. Los fármacos empleados, según las necesidades, fueron: ISRS, metadona, benzodiazepinas, naltrexona y acamproxato e interdictores en tres casos. La psicoterapia fue dirigida al afrontamiento del suceso traumático en el contexto de la prevención de recaídas, cuando la dependencia impuso la necesidad de la abstinencia. Cuando el objetivo deseado fue la *normalización* del consumo, en los casos de pacientes abusadores de alcohol, el tratamiento dispensado fue fármacos anti-deseo más la psicoterapia de afrontamiento del acon-

tecimiento traumático, en el marco de una terapia interpersonal. Los abandonos se produjeron en dos abusadores, uno de ellos con un estrés post-traumático muy cronificado y con sintomatología muy disruptiva, otro que presentaba consumos compulsivos y autolimitados, el tercero era una paciente con una dependencia moderada, en un momento evolutivo aceptablemente favorable.

La evolución variable afectó a tres pacientes con criterios de dependencia que cumplían, durante el periodo de seguimiento, criterios de *remisión parcial temprana*, según el DSM-IV.

A pesar de nuestra reducida muestra coincidimos en que, tal y como se ha hipotetizado, los síntomas disfóricos (emotion negative) relacionados con el estrés post-traumático pueden jugar un papel importante en el mantenimiento de la dependencia alcohólica, (...), y las personas afectadas de estrés post-traumático desarrollan un deseo (craving) de consumo más intenso. Éste es un factor a tener en cuenta en la evolución de la dependencia (6) y, por ende, en el abordaje terapéutico de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización Mundial de la Salud. **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines**. Meditor, 1992, pp. 185-186.
- (2) American Psychiatric Association. **Manual Diagnostic and Statistical of Mental Disorders DSM-IV**, Masson, 1994. Versión española de la cuarta edición en lengua inglesa, pp. 434-440.
- (3) Jabobsen LK, Southwick SM, Costeen TR.: Substance use disorder in patients with posttraumatic stress

- disorder: a review of the literature. **Am J Psychiatry** 2001 Aug; 158 (8): 1184-90.
- (4) Najavits LM.: Clinicians' views on treating posttraumatic stress disorder and substance use disorder. **J Subst Abuse Treat** 2002 Mar, 22 (2): 79-85.
- (5) Vlahov, D.; Galea, S.; Resnick, H.; Ahern, J.; Boscarino, J.A.; Bucuvalas, M.; Gold, J.; Kilpatrick, D.: Increased use of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan, New York, residents after the September 11 th terrorist attacks. **Am J Epidemiol** 2002 Jun 1; 155 (11): 988-96.
- (6) Coffey SF, Saladin ME, Drobes DJ, Brady KT, Dansky BS, Kilpatrick DG. Trauma and substance cue reactivity in individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and cocaine or alcohol dependence. **Drug Alcohol Depend.**