



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**EXPRESIÓN TARDÍA DEL TRASTORNO
DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

Autora: Clara Bayón González

Directora: María José Carrasco

Madrid

Mayo 2018

Clara
Bayón
González

EXPRESIÓN TARDÍA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO



Resumen

El trastorno de estrés postraumático fue incluido por primera vez en el año 1980 en el “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” de la Asociación Americana de Psiquiatría. Aunque los síntomas habían sido estudiados desde tiempo atrás, la introducción del trastorno en los manuales ocurrió cuando el personal militar volvía de la guerra de Vietnam presentando dicho cuadro clínico. La información recabada a lo largo de diferentes investigaciones encuentra que el 8% de la población presenta los síntomas de este trastorno, pero dentro de ese porcentaje encontramos que un 26% se corresponde con una especificación del trastorno que es la que nos ocupa: el inicio tardío. A pesar de que esta forma de presentación está incluida en los manuales, hay una importante falta de información e investigación al respecto, encontrando escasa bibliografía sobre ello. De esta forma, el principal objetivo de este trabajo será realizar una revisión bibliográfica para presentar una descripción lo más completa posible de esta expresión tardía junto con una recopilación de las posibles causas y factores que pueden favorecer que la persona presente este inicio tardío del trastorno y estrategias de prevención y/o detección temprana. Este objetivo principal tiene como trasfondo facilitar, sobre todo para los procesos de las víctimas, la comprensión y obtención de indemnizaciones, ayudas y tratamientos adecuados cuando de presentar el cuadro clínico éste tenga un inicio demorado.

Palabras clave: Demora, trauma, inicio, tardío, trastorno, prevención.

Abstract

Although posttraumatic stress disorder had been studied long before, it was included for the first time in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders as late as 1980, when military personnel came back from Vietnam with this clinical condition. The literature reveals that 8% of the population suffers from this disorder, but included in that percentage are 26% of people whose symptoms will be manifested in a very special and rare way: delayed-onset. Despite the inclusion of this specification in the diagnostic manuals, there is an important lack of research and therefore a lack of knowledge about this specific manifestation of the disorder. The aim of this project is to collect more information about this variety of the disorder, its prevalence and an adequate description. Another goal of this paper is to answer a series of questions about the delayed-onset, such as what pre-existing conditions or personal characteristics could lead to this late presentation and what prevention strategies can be adopted. Moreover, a more profound comprehension of this delayed-onset will facilitate the access to compensations, assistance and treatment that a victim could need after a trauma. At present, due to the delayed diagnosis it is possible that this access is denied, precisely because of the lack of information about the non-standard variety's symptom's.

Key words: Delay, delayed-onset, trauma, disorder, prevention.

ÍNDICE

1. Introducción	5
2. Metodología	8
3. Resultados	10
3.1 La expresión tardía del trastorno	10
3.2 Factores que influyen para la aparición demorada	13
a. Factores personales	13
b. Factores del entorno	15
c. Factores relacionados con el evento traumático	19
3.3 Prevención de la demora y/o detección temprana del trastorno	20
4. Discusión	24
5. Bibliografía	27

1. Introducción

Trastorno de estrés postraumático de inicio demorado

El trastorno de estrés postraumático ha sido considerado la psicopatología en torno a la cual gravita el trauma (Martín y de Paúl, 2004). Aunque los síntomas habían sido descritos anteriormente, la forma más común de este trastorno se recoge por primera vez en los manuales de psicología, en concreto en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition (DSM-III) cuando tras la guerra de Vietnam los militares comienzan a sufrir los síntomas (American Psychiatric Association, 1980; Bonde et al., 2013; Ojeda, García y Eráclides, 2010; Sánchez, Vallejo, Menchón y Díez, 2008).

La Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su quinta edición (DSM-5) determina en el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático que se considera como trauma en el caso de los adultos “la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza” (p. 271). Tras la exposición a algún elemento calificado como traumático según estas pautas, en la persona aparecen una serie de síntomas y reacciones que son consideradas como “normales”, y que sería lo que denominamos como estrés agudo. El estrés agudo consiste en la aparición de síntomas, durante al menos 3 días y hasta un mes tras esa exposición al evento traumático, de ansiedad y la re-experimentación del suceso (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Una vez ha pasado ese periodo de 1 mes que puede abarcar el estrés agudo, si los síntomas permanecen entonces se habría podido desarrollar un Trastorno de Estrés Postraumático. Es decir, cuando se encuentra que los síntomas no remiten después de ese mes, en el que podría considerarse adaptativa la presencia de síntomas, es cuando el terapeuta debe plantearse la existencia de un trastorno de estrés postraumático. Aquí, los síntomas son los mismos que aparecen en el estrés agudo salvo que el periodo de duración de los mismos ya no se incluye dentro de la respuesta adaptativa.

La Encuesta de Comorbilidad Nacional de Estados Unidos (como se citó en Bonde et al., 2013) plantea que entre la población americana adulta hay una prevalencia del 8% de Trastorno de Estrés Postraumático. Sin embargo, dentro de este diagnóstico de Estrés Postraumático hay diferentes formas de presentación, entre otras la que aquí va a explorarse más en profundidad: la presentación demorada. En esta modalidad de inicio del trastorno se produce una ruptura en el tiempo, no hay continuidad entre el estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático como habría en la forma cotidiana de presentación, sino que los síntomas aparecen al menos seis meses después del evento traumático,

pudiendo verse este inicio del trastorno de estrés postraumático demorado incluso en años desde el acontecimiento (Brewin, Andrews, Hejdenberg y Stewart, 2012; Blanchard y Hickling, 2004; Ehlers y Clark, 2000; Fikretoglu y Liu, 2012; Horesh, Solomon, Keinan y Ein-Dor, 2013). Fue recogida por primera vez como forma de presentación en la tercera edición del DSM en torno a 1980, estando impulsada esta inclusión en el manual por la existencia de diferentes estudios que hablaban de soldados que presentaban los síntomas una vez regresaban a casa (Asociación Americana de Psiquiatría, 1980; Andrews, Brewin, Philpott y Stewart, 2007; Paris, 2002; Utzon-Frank et al., 2014).

Es importante tener en cuenta la dificultad que supone la falta de información sobre el periodo de demora. Es decir, durante los meses en los que no hay una sintomatología clara del trastorno no hay un consenso sobre si pueden estar presentes algunos síntomas propios del trastorno, o si por el contrario hay ausencia total de síntomas. No se ha establecido tampoco a lo largo de la literatura si existe también un periodo inicial en el cual la persona presenta el cuadro de estrés agudo que ha sido descrito ya, o si por el contrario hay una ausencia absoluta de síntomas hasta la aparición completa tras seis meses (Andrews et al., 2007; Blanchard y Hickling, 2004; Bonde et al., 2013; Ehlers y Clark, 2000; Horesh, Solomon, Keinan y Ein-Dor, 2013; Smid, Mooren, Van der Mast, Gersons y Kleber, 2009).

En cuanto a la prevalencia de esta forma de presentación, en los trabajos que abordan esta expresión tardía del trastorno de estrés postraumático hay diferentes estimaciones entre otras razones por la ambigüedad en torno a la definición de esta forma de presentación (Horesh, Solomon, Keinan y Ein-Dor, 2013; Smid et al, 2009). En el estudio realizado por Horesh, Solomon, Keinan y Ein-Dor (2013) encuentran que en un conjunto de 675 participantes que habían sido militares israelíes en el conflicto bélico de Líbano, incluyendo en esos participantes aquellos que no resultaron sufrir síntomas de ninguna clase, se encontró una prevalencia del 16,5%. Respecto a la población que sí había mostrado síntomas del trastorno de estrés postraumático, se encontró una prevalencia del 27% de la presentación demorada de los síntomas (Horesh, Solomon, Keinan y Ein-Dor, 2013). Bonde y colaboradores (2013) señalan en su estudio que, dentro de los casos de Trastorno de Estrés Postraumático, la proporción de casos en los que este trastorno aparece en su forma tardía o demorada se corresponde con el 26,6% del total, encontrando además que la prevalencia de esta forma tardía es mayor entre población militar y otros profesionales como bomberos o policías que tienen un mayor riesgo de exposición al

trauma. En general los estudios sobre la prevalencia indican que la expresión tardía del trastorno se presentaría en un 25% de las personas que desarrollan síntomas suficientes para establecer un diagnóstico de estrés postraumático (Bryant, O'Donnell, Creamer, McFarlane y Silove, 2013; Smid et al., 2009).

La dificultad a la hora de establecer el diagnóstico de esta peculiar forma del trastorno está en la discontinuidad temporal con el evento traumático, es decir, en la distancia temporal que separa el momento en el que la persona vive el trauma y los síntomas. Esto genera una complejidad extra en establecer una relación causal entre el acontecimiento y dichos síntomas. Es decir, como para considerarse inicio tardío los síntomas deben aparecer al menos seis meses después del acontecimiento, resulta complicado establecer la causa de dichos síntomas en un evento tan alejado en el tiempo. Muchas veces incluso la persona que está sufriendo el cuadro es la que no establece esa conexión entre ambos elementos.

La importancia de esta revisión sobre la expresión tardía del trastorno está en las víctimas. Precisamente por la carencia de bibliografía e investigación suficiente sobre esta especificación puede ocurrir que se produzca una ausencia de ayudas adecuadas a la situación de estas víctimas de acontecimientos traumáticos que no presentan las dificultades en el tiempo estimado como habitual. La brecha temporal entre el acontecimiento traumático y la aparición de los síntomas provoca dificultades a la hora de establecer un nexo de causalidad entre ambos (Utzon-Frank et al., 2014). Tras un acontecimiento traumático la presencia de la sintomatología del trastorno por estrés postraumático es un resultado normalizado y en ocasiones esperable como una lesión más, en este caso lesión de índole psicológico. En esta peculiar forma de aparición, al estar separados temporalmente la “lesión” del acontecimiento, esa relación causal entre el trauma y los síntomas es difusa (Brewin et al., 2012; Bonde et al., 2012).

También esta situación puede conllevar una complicación para las demandas e indemnizaciones derivadas de lo ocurrido. Esta expresión retardada hace que parezca no haber una repercusión visible en la persona en el momento de la evaluación por la discontinuidad en el tiempo. Así, en su momento tardío de aparición la víctima que sufre los síntomas tras haber estado expuesta a ese acontecimiento traumático puede encontrarse desamparada e incluso sufrir una investigación por sospechas de intención fraudulenta por su parte (Horesh, Solomon y Ein-Dor, 2013; Horesh, Solomon, Keinan y

Ein-Dor, 2013). Una investigación y comprensión más profunda sobre esta forma tardía de presentación tiene por tanto implicaciones en el acceso a tratamientos e indemnizaciones que una víctima podría tener (Horesh, Solomon y Ein-Dor, 2013; Utzon-Frank et al., 2014).

Otro elemento sobre el que es importante hacer hincapié es que la gran mayoría de información disponible sobre la presentación tardía del trastorno ha sido recabada a partir de un colectivo específico: el militar. Así, se genera la necesidad de extrapolar muchas de las observaciones y conclusiones que se encuentran en la literatura desde el colectivo militar al resto de colectivos.

Respecto a los objetivos del trabajo, en primer lugar, se plantea como primer objetivo encontrar la información recabada en la literatura sobre esa expresión demorada del trastorno para presentar una revisión lo más completa posible sobre la presentación tardía.

En segundo lugar, se recogerán y plantearán algunas líneas de estudio sobre elementos sujetos a debate de esta problemática. Entre otros, la explicación de la presentación demorada.

Como tercer y último objetivo, se investiga en la literatura para concluir una posible actuación para prevenir la demora y/o detectar de forma temprana el trastorno.

2. Metodología

El presente estudio siguió un diseño descriptivo en el que se pretendía recoger la información disponible sobre una forma de presentación específica del trastorno de estrés postraumático.

Para la revisión de artículos, libros, tesis y publicaciones de diferente índole se utilizaron buscadores como PsycInfo, PsicoDoc, Dialnet, Google Scholar y el buscador de biblioteca de la Universidad Pontificia Comillas. También se trabajó con publicaciones facilitadas por la tutora y otras obtenidas a partir de la bibliografía de artículos encontrados.

Trastorno de estrés postraumático de inicio demorado

El paso previo para realizar el trabajo fue recabar información disponible que permitiera ampliar el conocimiento sobre el trastorno de estrés postraumático de forma general, la historia y síntomas habituales asociados y la prevalencia en la población general.

Para la búsqueda de información sobre la forma demorada de presentación se procedió en primer lugar a filtrar los resultados escritos en español, introduciendo “Trastorno estrés postraumático” o sus siglas “TEPT”.

Respecto a la búsqueda de información en la literatura sobre esa expresión demorada del trastorno, se presentaron en dicha búsqueda numerosas dificultades. La falta de bibliografía específica que abordase este modo de inicio fue la principal traba, generando entonces la necesidad de ampliar la búsqueda a artículos que estuvieran escritos en otros idiomas, en este caso en inglés. Aun utilizando los mismos buscadores que anteriormente, aquellos resultados que aparecieron y que pertenecían a otros campos de estudio como bien podía ser la psiquiatría o la medicina fueron estudiados para su selección.

Al realizar una búsqueda concreta sobre la etiología de la forma de presentación demorada se introducen en los buscadores los términos “causa demora en TEPT”, “etiología demora TEPT” y otros similares, y en inglés “cause of delayed-onset PTSD”, “delayed-onset PTSD etiology” y similares. De nuevo se encontraron numerosos problemas, siendo el más determinante esa falta de literatura que tratase la forma concreta que aquí se procedía a estudiar. Aunque había abundantes publicaciones que recogían la etiología de la forma común de presentación, pocos fueron los artículos que hablaban y proponían una explicación concreta para la forma tardía de presentación, no quedando claro si la ausencia se debía a que no se presentaba diferencia o a la falta de estudios al respecto.

Se realizaron también búsquedas posteriores enfocadas primero a los factores de riesgo para presentar demora, a través de prescriptores como “factores de riesgo para demora en estrés postraumático” o “factores que favorecen la demora en TEPT” y sus traducciones en inglés “risk factors for delayed-onset PTSD” o “elements that lead to delayed-onset PTSD”.

En las búsquedas sobre la prevención y la detección temprana se obtuvieron resultados mediante el uso de términos para la búsqueda como “prevención TEPT”, “programas de prevención tras trauma” y “programas de intervención temprana TEPT”, alternando en la búsqueda los términos en inglés “PTSD prevention”, “prevention programs after trauma”.

A los 65 encontrados siguiendo estas estrategias de búsqueda deben añadirse los 13 que fueron proporcionados por la tutora, que respondían a varios de los objetivos propuestos para el trabajo.

Se trabajó tras las búsquedas con un total de 78 artículos, de los cuales se descartaron algunos inicialmente por no tratar en el contenido de forma suficiente la presentación demorada del trastorno. Otros fueron descartados tras la lectura de sus resúmenes por resultar muy parecidos a los encontrados o por estar más enfocados a valorar el tratamiento del trastorno que al estudio de la demora. En el documento final se terminan incluyendo 45, como aparece posteriormente en la bibliografía.

3. Resultados

3.1. La expresión tardía del TEPT

El diagnóstico de trastorno de estrés postraumático abarca una serie de escenarios diferentes en cuanto a la forma de presentación y duración del mismo. Aquí, el escenario en el que nos centraremos es la presentación del trastorno de forma demorada, es decir, cuando los síntomas que conforman el cuadro clínico del trastorno de estrés postraumático aparecen tras un periodo de al menos seis meses después del trauma. Para comenzar, esta variación del trastorno presenta una dificultad respecto a la información sobre el periodo de separación del trauma con los síntomas. En la literatura podemos encontrar diferentes situaciones descritas, como ya hemos mencionado con anterioridad, sobre todo en los estudios con testimonios, donde algunos pacientes que presentaron el trastorno en su forma tardía no habían experimentado síntoma alguno en esos 6 meses y otros que sin embargo sí habían presentado síntomas, pero no los suficientes como para diagnosticarse el trastorno (Andrews et al., 2007). Bonde y colaboradores (2012) presentan en su informe que en siete estudios realizados sobre el trastorno por estrés

Trastorno de estrés postraumático de inicio demorado

postraumático con expresión tardía en la mayoría de casos los sujetos habían experimentado síntomas propios de este cuadro clínico. Sin embargo, también hablan sobre otros estudios en los que un gran porcentaje de los sujetos que participaban no mostraban síntomas durante esos seis meses. En el trabajo de Smid et al. (2009) se incide también sobre esta problemática, exponiendo cómo, en diferentes trabajos, la presentación tardía del trastorno ha sido descrita con una ausencia total de síntomas en ese periodo de 6 meses de retraso mientras que en otros se ha comprobado que la ausencia total de síntomas propios del estrés postraumático no era habitual.

Algo a tener en cuenta que se subraya a lo largo de la literatura es la presencia de otros elementos estresantes o pequeños estresores en la vida de la persona que, habiendo sufrido un acontecimiento traumático y estando los síntomas en esa fase “latente” o dormida en los primeros meses, un acontecimiento relativamente menor y que pudiera estar en alguna forma relacionado o de parecida naturaleza con el acontecimiento traumático detonaría los síntomas y generaría el inicio del trastorno (Bryant et al., 2013; Ehlers y Clark, 2000; Smid et al., 2009). Es decir, que un acontecimiento relativamente cotidiano en la vida de la persona, con cierta carga estresante y cuya naturaleza se relacione con un acontecimiento traumático pasado, pudiera derivar en que la persona presente los síntomas de un trastorno por estrés postraumático que anteriormente no había desarrollado. Por así decirlo ese pequeño acontecimiento trae al presente el trauma vivido antes, pero que hasta ahora no había ocasionado una sintomatología.

Dentro de esta línea de reflexión, se podría hablar de un posible estado de latencia del cuadro clínico de estrés postraumático, como se denomina al periodo de demora en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (o CIE) (González-Brignardello y Martín, 2004; Horowitz y Solomon, 1975; Organización Mundial de la Salud, 1992). Así, es posible que cuando la persona sufre o experimenta algún elemento que pueda relacionar con ese acontecimiento traumático inicial es cuando aparecen los síntomas. Es decir, sería posible que esta forma tan específica de presentarse el trastorno de estrés postraumático se viese explicada por esta presencia a lo largo de los meses posteriores al acontecimiento de pequeños estresores que estuvieran relacionados en alguna forma con el trauma. Los autores Ehlers y Clark (2000) en su modelo cognitivo de explicación del estrés postraumático, cuando hacen referencia a la presentación demorada del trastorno, introducen en la explicación del fin del proceso de latencia y aparición de los síntomas como ese acontecimiento, que ya hemos descrito como estresante y de naturaleza parecida

o con relación al trauma, podría cambiar el significado de la vivencia del acontecimiento original o actuar como recordatorio de dicho acontecimiento. Bryant y colaboradores (2013) trabajan sobre la posibilidad de que estresores posteriores al acontecimiento original generan en la persona una re-evaluación o evaluación diferente de ese elemento traumático inicial, dando lugar al estrés postraumático de inicio tardío.

Como una línea distinta de explicación, pero altamente relacionada con lo hemos venido explicando anteriormente, estaría la experiencia de disociación del trauma vivido. En algunos trabajos podemos encontrar que, como núcleo del trastorno de estrés postraumático, además de la ansiedad, encontramos también la disociación (Báguena, 2001). Van der Kolk (como se citó en Rodríguez, Fernández y Bayón, 2005) plantea en sus trabajos la disociación como una expresión tardía del trauma. En el estudio realizado por Rodríguez y colaboradores (2005) se encuentra que, en la disociación, y en concreto en los episodios disociativos relacionados con una experiencia traumática, se produce una fragmentación o ruptura de la experiencia de la persona que rompe o choca con la unidad de identidad, provocando que la experiencia traumática vivida no se integre en la narrativa de la persona. Así, podríamos considerar que la experiencia traumática no es integrada en la narrativa de la persona y durante ese primer periodo de seis meses o más no hay un procesamiento adecuado ni una integración de la vivencia, provocando que no aparezcan síntomas. En la literatura también encontramos otras referencias que hablan de una experiencia de negación o entumecimiento como mecanismos de defensa ante emociones e ideas intolerables para la persona (Horowitz y Solomon, 1975). En los estudios realizados por Freud y los de Horowitz y Becker (como se citó en Horowitz y Solomon, 1975) se planteaba que, ante un acontecimiento de índole estresante, la persona podía tener o bien una respuesta de intrusión y repetición o por el contrario tender a la negación y entumecimiento. Así, el periodo de latencia termina cuando los mecanismos de defensa que inhiben la presentación de síntomas de estrés postraumático se ven contrarrestados por un entorno de apoyo como se explicará en líneas posteriores (Horesh, Solomon y Eindr, 2013; Horowitz y Solomon, 1975).

3.2. Factores que influyen para la aparición demorada del TEPT

Como bien señalan en su estudio Bonde y colaboradores (2013), el riesgo de desarrollar síntomas tras una exposición varía entre la población, reflejando entre otras cosas el tipo y el grado de exposición que haya tenido la persona y su vulnerabilidad. En cuanto al Trastorno de Estrés Postraumático en su forma de presentación habitual, se encuentran como factores que influyen en su aparición la gravedad del trauma, los antecedentes de enfermedad mental en la familia de la persona, anteriores enfermedades mentales en momentos previos, ciertos rasgos de personalidad y algunos determinantes sociodemográficos como la etnia, la edad y el sexo femenino entre otros (Brewin et al., 2012; González-Brignardello y Martín, 2004; Green, Neria y Gross, 2016; Kearns, Ressler, Zatzick y Olasov, 2012; Martín y de Paúl, 2004; Ojeda et al., 2010). Sin embargo, estos factores que se han considerado de riesgo para la forma general del trastorno no tendrían por qué serlo también para la expresión tardía o es posible que deban contemplarse otros además de esos (Bonde et al., 2013; Brewin et al., 2012; Bromet, Sonnegá y Kessler, 1998).

El estudio de los elementos influyentes en la aparición del trastorno de estrés postraumático con inicio demorado identifica varios tipos de factores: factores personales, como antecedentes familiares, personalidad, profesión, etc.; factores del entorno, como por ejemplo elementos culturales; y factores relacionados con el evento traumático, como podría ser la intensidad o temática del acontecimiento.

Factores personales

La literatura sobre el trastorno de estrés postraumático plantea con diferentes investigaciones que a lo largo de la vida más del 70% de la población adulta experimenta un acontecimiento traumático según las características indicadas en los manuales de diagnóstico y sin embargo solo una minoría presentan este cuadro clínico. Desde esto se puede inferir la existencia de diferentes factores y elementos en la persona que facilitan la aparición del trastorno en unos y en otros no (Bomyea, Risbrough y Lang, 2012). Nos centraremos en aquellos elementos que han sido específicamente relacionados con la aparición de demora en el cuadro clínico.

En el estudio realizado por Blanchard y Hickling (2004) se presentan brevemente una serie de factores considerados de riesgo para esta presentación demorada del

trastorno, considerando el primer factor de riesgo que la persona haya presentado en el primer mes tras el acontecimiento síntomas suficientes como para el diagnóstico del trastorno. Esto es de nuevo un reflejo de esa falta de consenso a lo largo de la literatura a la que se hacía alusión al inicio del trabajo, ya que en este caso estos autores consideran que la existencia de síntomas suficientes puede considerarse un factor de riesgo para la presentación demorada, mientras que otros hacen alusión a una ausencia de síntomas hasta seis meses después.

En este mismo estudio, los autores mencionan, sin una justificación clara, que las mujeres tienen un riesgo mayor a presentar esta forma tardía del trastorno de estrés postraumático, coincidiendo esto con el factor de riesgo para la forma habitual de presentación del cuadro clínico (Blanchard y Hickling, 2004; González-Brignardello y Martín, 2004).

Otro de los elementos que se ha relacionado con la presentación tardía del trastorno es la profesión o el ámbito profesional en el que se encuentra la persona. Bonde et al. (2012) señalan como factor de riesgo pertenecer a una serie de grupos profesionales que tienen una mayor probabilidad de estar expuestos a eventos traumáticos, como por ejemplo los militares. En diferentes estudios se ha encontrado que la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en personal militar, bomberos, trabajadores de rescate y policía es menor que en la población civil, y sin embargo, tienen una prevalencia significativamente más alta de la forma de presentación demorada del trastorno (Utzon-Frank et al., 2014). Así, respecto a la forma de presentación demorada del trastorno la pertenencia a un grupo profesional de los mencionados supondría un factor de riesgo para el cuadro clínico.

En la literatura también se encuentra que la demora puede verse facilitada o provocada por la presencia de una enfermedad o condición física en la persona, especialmente cuando la afectación es de carácter neurológico o que afecte en algún modo a la cognición de la persona (Andrews et al., 2007; Vitriol, Gomberoff, Basualto y Ballesteros, 2006).

En relación al deterioro físico, Horesh, Solomon, Keinan y Ein-Dor, 2013 (2013) plantean en su estudio que el envejecimiento de la persona puede estar relacionado con la presentación tardía del trastorno. Así, los autores explican que, cuando la forma de

Trastorno de estrés postraumático de inicio demorado

presentación demorada del trastorno surge en una edad relativamente avanzada, la presentación de los síntomas en ese momento estaría explicada por un descenso de la actividad de la persona que le permitiría recordar y hacer una revisión de sus propias vivencias traumáticas (Horesh, Solomon, Keinan y Ein-Dor, 2013; Solomon, Kotler, Shalev y Lin, 1989).

A caballo entre factores personales y factores del entorno se señala en diferentes publicaciones, como se ha mencionado anteriormente, que la existencia de un elemento estresante cuya naturaleza recuerde al acontecimiento traumático puede hacer que los síntomas del trastorno por ese acontecimiento anterior aparezcan (Andrews et al., 2007; Blanchard y Hickling, 2004; Bryant et al., 2013; Horesh, Solomon, Keinan y Ein-Dor, 2013; Smid et al., 2009; Solomon et al., 1989; Vitriol et al., 2006). Quizás por tratarse de un acontecimiento de naturaleza similar, y con carga también estresante, hace que los recuerdos del acontecimiento calificado como traumático vengan a la mente con la fuerza suficiente como para activar en la persona el trastorno. Andrews y colaboradores (2007) mencionan en su trabajo que esto puede ocurrir cuando, en un contexto militar, un soldado viva una situación estresante y similar a otra que vivió en otro periodo de servicio anterior, desencadenando esta última situación el cuadro clínico de estrés postraumático con inicio demorado, pero que puede llevar a un diagnóstico de la forma habitual de presentación del trastorno, por ser el acontecimiento que induce los síntomas también de naturaleza traumática.

Factores del entorno

En el trabajo presentado por Smid et al. (2009) se concluye que aquellas muestras de población cuyo origen cultural era mayoritariamente occidental presentaban un mayor número de casos de trastorno de estrés postraumático con esa expresión demorada. Como posible explicación a la relación entre la cultura occidental y la presentación tardía, los autores consideran que quizás las expectativas que pudiera albergar la población no occidental sobre la reparación y el apoyo esperado serían menores, reduciendo la posible frustración posterior al no recibir la atención esperada. También lo relacionan con la posibilidad de presentación de eventos traumáticos imprevistos en el mundo no occidental, siendo ésta mucho mayor que en el entorno occidental.

En la literatura también encontramos una referencia a la influencia del contexto sociocultural de la persona como un factor influyente en la demora. Solomon y colaboradores (1989) plantean en su estudio que en un entorno en el que el uso de drogas y consumo de alcohol se da en mayor proporción es posible que los síntomas del trastorno queden enmascarados por los efectos de las sustancias, haciendo así que se encuentren más casos de presentación demorada.

En general, gran parte de la literatura que habla sobre esta forma de presentación del trastorno hace alusión o realiza las investigaciones en el ámbito militar. Este contexto, que es el mismo que impulsó la inclusión del cuadro clínico del estrés postraumático en los manuales diagnósticos como mencionamos al inicio de este trabajo, constituye una fuente casi constante de exposición a eventos de carácter traumático por lo que cabe comprender que en él será abundante la presencia de sintomatología clínica característica del trastorno de estrés postraumático. Así, Thomas y otros (como se citó en Bonde et al., 2012) hacen alusión a la falta o dificultad de acceso a tratamiento médico como uno de los factores de riesgo que podrían facilitar la presentación tardía de los síntomas junto con una falta de apoyo en su grupo de pares y estrés relacionado con la reincorporación a su entorno tras el servicio militar.

Se podría especular que estos elementos facilitarían la demora de los síntomas como un mecanismo de defensa de la psique de la persona en un intento por adaptarse, unido a la ausencia de un entorno “seguro” para sufrir los síntomas. Es decir, la ausencia de acceso al tratamiento y la falta de apoyo consistirían dificultades para que la persona pudiera superar el trastorno, provocando así que como defensa los síntomas se mantuviesen latentes en un intento de mantenerse a salvo en un medio que no es seguro. Por así decirlo, la demora en la aparición del cuadro sería una forma adaptativa de preservar la seguridad de la persona por esa ausencia de entorno válido o seguro. En la publicación realizada por Bryant y colaboradores (2013) se puede encontrar que la capacidad de la persona es directamente dependiente de, por un lado, los recursos para manejar y superar una situación traumática, y por otro, la reacción a la misma unida a la presencia de estresores continuos en esa situación de recursos limitados. Así, se plantea como factor favorecedor de la demora en este cuadro clínico, el encontrarse en una situación de bajos recursos para el afrontamiento, unido a la presencia continua de otros estresores. Un apunte interesante realizado por Solomon y colaboradores (1989) fue que la existencia de un contexto que no facilita apoyo y espacio para lidiar con la pérdida de

Trastorno de estrés postraumático de inicio demorado

otros y las vivencias traumáticas podría provocar un estado continuado en la persona de vulnerabilidad, que, junto con estresores nuevos, como se ha mencionado anteriormente, podrían provocar la aparición demorada del cuadro clínico.

En algunos estudios encontramos que el entrenamiento militar y la gestión del personal militar sobre sus subordinados podrían estar facilitando o induciendo a la negación y a un estado de embotamiento o entumecimiento emocional (Andrews et al., 2007). Shatan (como se citó en Andrews et al., 2007) denomina a ese suceso “anestesia emocional”, hablando de ello como el resultado de ese entrenamiento militar que desalienta al personal militar a vivir emociones de duelo o intimidad. Otros autores como Horowitz y Solomon (como se citó en Andrews et al., 2007) apuntan como algo que puede favorecer o inducir la demora en la presentación de los síntomas a la naturaleza del servicio militar actual, es decir, la existencia de periodos alternos de combate y de seguridad relativa, llevando esta alternancia a mantener la negación y el embotamiento emocional que mantienen a la persona asintomática. Y sería cuando la persona termina su servicio militar y vuelve a un entorno que considera como seguro de forma estable, cuando estos mecanismos, que están suponiendo una defensa contra los síntomas del cuadro clínico, se debilitan o desaparecen y entonces emergen los síntomas (Andrews et al., 2007).

La carencia de apoyo ha sido considerada un factor de riesgo para esta presentación demorada en diferentes estudios (Andrews et al., 2007; Blanchard y Hickling, 2004; Bonde et al., 2012). Podría establecerse una conexión entre esta falta de apoyo y la dificultad de acceso a tratamiento médico con la idea de que en ciertos contextos mostrar síntomas de estrés postraumático resultaría disfuncional y por tanto perjudicial para la persona, más allá del hecho de ser síntomas que interfieren con la vida de la persona. Otros autores plantean como factor de riesgo o elemento que favorece esta presentación demorada del cuadro clínico, en concreto en el contexto militar, el carácter desadaptativo que los síntomas o la reacción de estrés en medio de una situación bélica o de conflicto armado (Andrews et al., 2007; Smid et al. 2009).

Cabe aclarar que en todo momento el trastorno y los síntomas de los que se compone van a ser invalidantes e interferir en el adecuado funcionamiento de la persona, pero partiendo de esta base es posible comprender la inferencia de los autores en cuanto a que en un contexto como es el militar, que acarrea unos riesgos para la seguridad

mayores que otros entornos, el presentar estos síntomas podría resultar aún más desadaptativo.

Precisamente en este contexto militar también entraría otro factor que favorece esa demora, y es el temor a la estigmatización asociada al trastorno. Si se tiene en cuenta las exigencias implicadas en el contexto militar, se puede inferir que la presencia de un cuadro clínico que muestra a la persona como más “débil” o “vulnerable” es de nuevo desadaptativa e interfiere con el adecuado desarrollo de las funciones. De esta forma es posible que la demora de los síntomas esté siendo impulsada por las connotaciones negativas que tendría para la persona ser diagnosticada durante su servicio en el contexto militar (Smid et al., 2009). En un intento de extrapolar estos datos a la población general, es decir, fuera del contexto militar, se podría comprender que el elemento que genera esa demora del inicio de los síntomas es de nuevo el estigma asociado a padecer un trastorno psiquiátrico. En la actualidad la presencia de enfermedad y en concreto la enfermedad mental sigue constituyendo un factor de exclusión, lo que permitiría comprender la demora como un intento de evitar la exclusión (Rubio, 1999).

En otro estudio realizado sobre una muestra de población militar se encontró que, las características del entorno social en que encontraban los soldados al volver de su servicio, podía estar influyendo en la aparición del trastorno y específicamente en la presentación demorada del mismo (Horesh, Solomon y Ein-Dor, 2013). Sin embargo, a diferencia de los estudios que se han mencionado anteriormente, concluyen que a mayores niveles de recursos sociales y apoyo hay una mayor demora en la presentación del cuadro clínico del trastorno de estrés posttraumático (Horesh, Solomon y Ein-Dor, 2013). En este estudio comentan precisamente la discrepancia entre los hallazgos obtenidos y lo encontrado en un estudio anterior sobre cómo la existencia de un entorno seguro facilitaba que los síntomas del trastorno aparecieran (Gernak et al. como se citó en Horesh, Solomon y Ein-Dor, 2013). Esta contradicción de sus hallazgos con los anteriores estudios se vería explicada en que la existencia de apoyo y protección que facilitaría el manejo y afrontamiento del estrés sería el resultado de un proceso gradual y a largo plazo. Es decir, que se produciría la demora porque la capacidad de afrontar adecuadamente el estrés se obtendría o percibiría por la persona a largo plazo cuando se ha encontrado durante un periodo de tiempo suficiente en ese entorno de recursos y apoyo (Thoits como se citó en Horesh, Solomon y Ein-Dor, 2013).

Trastorno de estrés postraumático de inicio demorado

Smid y colaboradores (2009) concluyeron que la duración del seguimiento de las personas expuestas a un acontecimiento traumático, entendiendo seguimiento como el periodo en que los servicios de atención mantienen un contacto con la persona e intervienen sobre los síntomas que ésta presente, también era un factor de riesgo para la presentación de la forma tardía de trastorno. Otros estudios también proponen que la duración del periodo de asistencia tras el trauma estaría relacionada con la presentación demorada del trastorno (Andrews et al., 2007). Ambos podrían estar relacionado con la explicación ofrecida en el estudio de Horesh, Solomon, Keinan et al. (2013), haciendo así que a mayor duración del seguimiento podría haber una mayor probabilidad de presentar demora. Otros autores hacen referencia a la duración de la hospitalización tras el acontecimiento traumático, lo cual también podría considerarse como factor que favorece una presentación demorada del cuadro clínico, siguiendo esa misma línea de explicación (Bryant et al., 2013).

Factores relacionados con el evento traumático

Parte de la literatura habla de la severidad del acontecimiento traumático como un posible factor de riesgo para presentar esa expresión tardía del trastorno por lo que podría establecerse que a mayor gravedad del acontecimiento y/o mayor intensidad de la exposición al mismo se aumenta la posibilidad de que el trastorno se presente con esa demora (Horesh, Solomon, Keinan et. al., 2013). Sin embargo, no hay conclusiones firmes sobre esta relación, ya que en algunos de los estudios como mencionan Horesh, Solomon y Ein-Dor (2013) se ofrecen conclusiones contrarias respecto a la relación directa entre intensidad de exposición y demora.

Se ha encontrado también que la exposición a combate militar supone un aumento del riesgo de sufrir estrés postraumático con expresión tardía, en comparación a la presentación de esta forma del trastorno cuando la persona ha vivido acontecimientos traumáticos de otra índole (Smid et al., 2009). En los estudios de Helzer y colaboradores y de Prigerson y otros (como se citó en Andrews et al., 2007) se plantea que las vivencias de naturaleza traumática que acontecen en el ámbito militar generan en mayor proporción una demora en la presentación de los síntomas del cuadro clínico de estrés postraumático que aquellos acontecimientos traumáticos de otra naturaleza como podría ser desastres

naturales o ser víctima de un delito violento. Sin embargo, es interesante mencionar que, aunque se ha relacionado la naturaleza militar del acontecimiento con la presencia de demora, Horesh, Solomon y Ein-Dor (2013) hacen alusión en su trabajo a otros estudios que encuentran que, dentro de los acontecimientos de naturaleza militar, a menor intensidad de la exposición hay más probabilidad de demora. Es decir, que cuanto más intensa sea la exposición a la situación traumática, los síntomas del estrés postraumático se presentarán antes, habiendo así una menor probabilidad de entrar en la presentación tardía del trastorno (Horesh, Solomon y Ein-Dor, 2013).

3.3. Prevención de la demora y/o detección temprana del trastorno

Para comprender la prevención nos interesan dos de las acepciones propuestas para la acción de “prevenir” por la Real Academia Española (2018). En primer lugar “prever, ver, conocer de antemano o con anticipación un daño o perjuicio” porque en concreto hablamos de conocer de antemano el perjuicio para la persona que suponen los síntomas de este cuadro clínico, y en segundo lugar “precaer, evitar, estorbar o impedir algo”, porque nos interesa mediante la prevención de la demora, anticipar y evitar la presentación del trastorno.

En su trabajo, Sánchez y colaboradores (2008) plantean que, a la hora de la prevención sobre los trastornos mentales, “la identificación de los factores de riesgo y las fases tempranas de la enfermedad hacen a los programas preventivos acciones abordables” (p. 211). Así, la identificación de factores de riesgo para la presentación de demora que se ha realizado en páginas anteriores sería el primer paso para plantear una prevención o abordaje temprano. Brewin y colaboradores (2012) señalan que en los casos de presentación demorada cuando la facilitación de tratamiento adecuado podría ser complicada, por situaciones de bajos recursos atencionales en el país de origen de la persona, por ejemplo, la identificación de los signos que pueden presentarse tras la vivencia de una situación traumática podría ser esencial para poner en conocimiento de los servicios médicos la situación de riesgo en la que se encuentra esa persona. Y con ese conocimiento de los factores de riesgo se posibilita centrar la atención en las personas vulnerables, pudiendo una intervención temprana sobre ellas prevenir la aparición de

Trastorno de estrés postraumático de inicio demorado

síntomas o los primeros síntomas que aparecen tras el trauma (García y Mardones, 2010; Haagsma et al., 2012).

Se convierte en esencial para hacer una buena prevención y detección temprana tener un conocimiento sobre los aspectos que nos dan pistas sobre la vulnerabilidad de la persona que, habiendo sufrido un acontecimiento traumático, puede llegar a desarrollar el trastorno de estrés postraumático. Y precisamente para la forma de presentación demorada se hace también importante tener conocimiento no solo de esas pistas, sino también de la posibilidad de que exista esa demora para que la atención a las personas con el riesgo potencial de sufrir el trastorno no se disipe al no ver síntomas en el periodo habitual. De esta forma, una adecuada formación y comprensión del trastorno en su totalidad, factores de riesgo y diferentes formas de presentación incluidas se convierte en un requisito esencial.

En cuanto a los programas diseñados para llevar a cabo esa prevención, es importante diferenciar los programas universales, dirigidos a toda la población general, los selectivos, que realizan la intervención sobre personas en riesgo, y por último los indicados, como aquellos programas de intervención para personas que ya muestran signos y síntomas (Feldner, Monson y Friedman, 2007). Aquí nos centraremos en plantear programas selectivos, ya que la intervención para prevenir la demora ha de realizarse sobre individuos en primer lugar que hayan pasado por un acontecimiento traumático, y en segundo aquellos que muestren en su historia esos factores de riesgo que pueden llevarles a presentar el trastorno en su forma tardía.

Una intervención temprana contemplada en la literatura para la prevención del trastorno es el “debriefing”, como ayuda para afrontar el suceso traumático (Dyregrov y Regel, 2012; Feldner et al., 2007; García y Mardones; Kearns et al., 2012; Sánchez et al., 2008). Este planteamiento que fomenta la integración de la vivencia estaría precisamente evitando la demora bien por falta de procesamiento e integración del trauma de la que hablaban algunos autores como Rodríguez y colaboradores (2005), o bien por esa negación o entumecimiento como mecanismos de defensa que mencionan Ehlers y Clark (2000). Sin embargo, Emmerik y colaboradores y Aulagnier y otros (como se citó en García y Mardones, 2010 y en García y Rincón, 2011) y Feldner y colaboradores (2007), entre más investigadores, concluyeron que esta técnica no solo no suponía cambios significativos en la prevención del trastorno, sino que podía provocar daño a los pacientes.

A lo largo de la literatura hay numerosas opiniones contrapuestas sobre esta técnica. Así, Dyregrov y Regel (2012) en su trabajo plantean que una posible razón de los daños supuestamente provocados por el debriefing sería que se deben a una falta de profesionales formados adecuadamente aplicando dicha técnica, y exponen otras investigaciones como la de Adler y colaboradores (como se citó en Dyregrov y Regel, 2012) donde el debriefing tuvo efectos positivos en la reducción de problemas de estrés postraumático en población militar. Dado que no disponemos en la actualidad de un consenso y por tanto datos concluyentes sobre si esta técnica es beneficiosa o no, no sería posible recomendar el uso de la misma como estrategia dirigida a la prevención del trastorno de estrés postraumático.

Por otra parte, en la literatura también se contempla la intervención a nivel biológico para prevenir ya no solo la demora sino la aparición de síntomas de estrés postraumático en general. En la literatura se habla de este planteamiento como una corrección o ajuste de los mecanismos de respuesta psicobiológicos activados ante un evento traumático, planteando sobre todo el cortisol como principal foco de intervención (Dyregrov y Regel, 2012; Feldner et al., 2007; McCleery y Harvey, 2004). Yehuda y otros (como se citó en Feldner et al., 2007) plantean como hipótesis que el trastorno puede prevenirse si se evita una reducción en los niveles de cortisol de la persona, habiendo encontrado en sus investigaciones una asociación entre esos niveles bajos de cortisol y el trastorno. McCleery y Harvey (2004) en su estudio también plantean el tratamiento con glucocorticoides, como es el cortisol, como una forma de mejorar el proceso de recuerdo, en este caso del recuerdo del acontecimiento buscando evitar la disociación o la falta de procesamiento. Feldner y otros (2007) traen en su trabajo diferentes estadísticas obtenidas en otros estudios que demuestran unas tasas significativamente menores de trastorno de estrés postraumático en el grupo que recibió el tratamiento en comparación con el grupo control, tratándose de un 11% de prevalencia en los tratados y un 64% en los que no. Sin embargo, para dar una conclusión a la eficacia o ineficacia de este tratamiento en la prevención del trastorno y en concreto en su forma de aparición demorada, es importante destacar que los estudios realizados tienen periodos de seguimiento relativamente cortos, dificultando así comprobar si este tratamiento resultaría eficaz en caso de que los síntomas tomaran esa forma demorada (Feldner et al., 2007). Otros autores como McCleery y Harvey (2004) plantean que tratamientos de esta índole serían adecuados para aquellos casos en los que una primera aproximación psicológica no ha sido eficaz,

ya que, si desde un inicio se hiciera uso de ellos, podría estar entorpeciendo el proceso por el que la persona que ha vivido un acontecimiento traumático incorpora dicha información y no presenta el trastorno.

Otro modelo de intervención temprana propuesto en la literatura para el trastorno de estrés postraumático fue la terapia narrativa, al hilo de la importancia encontrada para la prevención de síntomas de la expresión emocional y el apoyo social (García y Mardones, 2010; García y Rincón, 2011). Se plantea para la intervención el enfoque narrativo que proponen White y Epston (como se citó en García y Mardones, 2010, y en García y Rincón, 2011) basado en que las narrativas son la identidad y los problemas de las personas y no una representación de los mismos, permitiendo la intervención desde este modelo la concesión de un nuevo significado a las vivencias, y un procesamiento más completo del suceso a través de la incorporación a la narrativa del mismo de partes que antes habían sido excluidas. Dyregrov y Regel (2012) plantean que la intervención temprana puede ayudar en la evaluación adecuada de los hechos acaecidos y contrarrestar el efecto de malentendidos y percepciones erróneas en la persona. La intervención propuesta en el trabajo de García y Mardones (2010) se caracteriza por la deconstrucción del relato de la persona y el reconocimiento de narrativas alternativas para una “reconstrucción o reescritura de su narrativa”. El programa que ellos plantean consta de cuatro sesiones y lo plantean como una intervención previa a la aparición de los síntomas, es decir, una intervención destinada a la prevención, lo cual lo hace interesante como posible modelo de intervención para prevenir la demora en la presentación del trastorno también (García y Mardones, 2010). García y Rincón (2011) aportan datos sobre la eficacia de este tipo de tratamiento, mostrando en su trabajo la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las personas con un cuadro clínico de estrés postraumático que se beneficiaron del programa diseñado en comparación con la muestra del grupo control en dicho estudio.

4. Discusión

El trastorno de estrés postraumático ha ido de la mano del conocimiento de la relación causal entre los síntomas y un acontecimiento que por su intensidad, impacto y características ha sido calificado como traumático. Siendo inherente al trastorno la existencia de un acontecimiento de naturaleza traumática que lo desencadene, quedaba la impresión de que la etiología era fácilmente comprensible. Sin embargo, cuando tratamos la forma de presentación demorada, que es lo que aquí nos ocupa, esta seguridad sobre el conocimiento y entendimiento del origen del cuadro clínico se desvanece por la dificultad de establecer una conexión entre el acontecimiento pasado y los síntomas tan distantes en el tiempo. Es precisamente la separación temporal de los síntomas de ese acontecimiento que los causa, lo que hace dudar incluso de la veracidad del testimonio de aquellos que padecen el trastorno en esta modalidad de presentación. Esta duda, y muchas veces rechazo, para el diagnóstico de personas que presentan sus síntomas con demora, hace que no reciban un tratamiento adecuado que les permita sanar y recuperar un nivel de salud mental compatible con sus actividades cotidianas, junto con las grandes dificultades que encontrarán también a la hora de acceder a indemnizaciones o que su afectación psíquica conste y tenga un efecto sobre el proceso judicial que tenga lugar si es el caso.

Es importante esta última consideración respecto al ámbito judicial ya que, tras sufrir un delito y especialmente un delito de naturaleza violenta como podría ser una violación o un intento de homicidio, hay un alto número de víctimas que desarrollarán un cuadro clínico de estrés postraumático. Y dentro de este conjunto de personas se encuentran y deben tenerse en cuenta aquellas personas que han sido víctimas y cuyos síntomas adquieren esta forma de presentación tan peculiar que desgraciadamente puede suponerles tantas trabas para acceder a los mismos recursos y ayudas. Por ejemplo, a la hora de la realización de un informe forense para reflejar las lesiones psicológicas que el acontecimiento ha tenido en la persona, es posible que de realizarse este informe en el periodo de demora de seis meses se evalúe a la persona como ausente de lesiones, aunque luego sufra un trastorno de esta severidad. Teniendo en cuenta que desarrollar un trastorno de estrés postraumático es bastante frecuente en las víctimas de un delito violento, se torna esencial la necesidad de comprender e investigar en profundidad sobre esta modalidad de presentación, que precisamente por su naturaleza tardía supone tantas trabas en el proceso de sanación de la víctima. Es importante comprender que una valoración puede incurrir en el error de establecer que la persona no ha sufrido ningún tipo de afectación tras el incidente, y sin embargo encontrar posteriormente a una persona

Trastorno de estrés postraumático de inicio demorado

con síntomas graves y una dificultad real para ajustarse a la vida cotidiana como resultado del suceso acontecido. Es por esto que se hace necesario identificar en esa valoración si existiese algún factor de los que favorece el inicio tardío, para ser capaces de valorar la posibilidad de que aparezca el trastorno con demora.

Es por esas trabas que podríamos considerar que se genera una victimización secundaria a las personas que, por esa presentación demorada, se niega el acceso a ayudas económicas y tratamientos. La victimización es descrita por la Real Academia Española (2018) como la “*acción de convertir en víctimas a personas y animales*”, y en este contexto la acepción que nos interesa es la que ofrece también la Real Academia Española (2018) y describe a la víctima como “*la persona que padece las consecuencias dañosas de un delito*”. La Sociedad Española de Victimología (2004) también ofrece una definición de víctima como “*toda persona que haya sufrido personalmente, de modo directo o indirecto, las consecuencias de un hecho delictivo, haya sido declarada formalmente o no como tal la existencia del mismo por parte de un órgano jurisdiccional. En un sentido más extenso, también son consideradas víctimas las personas que hayan sufrido los efectos de la guerra, enfrentamiento armado, catástrofe natural o accidente*” (Pereda Beltrán, 2013, p.8) y el artículo 2 del Estatuto de la víctima de la Ley 4/2015 describe como víctima directa “*a toda persona física que haya sufrido un daño o perjuicio sobre su propia persona o patrimonio, en especial lesiones físicas o psíquicas, daños emocionales o perjuicios económicos directamente causados por la comisión de un delito*” (p. 9). Todas estas definiciones tienen un elemento importante en común, y es que se considerará víctima a la persona que a raíz del evento sufra una serie de lesiones, consecuencias o efectos. De esta forma, si el momento de valoración de la persona se ubica en este periodo de latencia o demora de los síntomas que constituyen su lesión estamos dejando a la víctima fuera de la definición.

Otro elemento importante a tener en cuenta al respecto es que en el proceso de victimización se han además identificado varios momentos o sub-procesos. Así, la victimización primaria es la derivada directamente del acto criminal vivido. Y la victimización secundaria, que es lo que cobra más interés aquí, es definida como el proceso de victimización o re-victimización que sucede posteriormente y se da entre el sistema jurídico penal y la víctima. Así, podríamos incluir la negación de las ayudas necesarias para la víctima y la no contemplación del trastorno como lesiones sufridas a

raíz del acto delictivo por esa ruptura temporal entre el acontecimiento y la presentación de los síntomas como una victimización secundaria.

Parece de gran importancia hacer hincapié en que, para evitar todo lo que en estas líneas anteriores hemos venido describiendo, la psicoeducación sobre esta forma de presentación, como una posibilidad dentro del cuadro clínico, es esencial. Esencial porque a pesar de darse en menos grado que el cuadro clínico con la temporalidad habitual, en torno a un 25% de los casos de estrés postraumático aparece esta forma de presentación tardía. Un cuarto de los casos totales estudiados, una parte con peso suficiente como para fomentar la comprensión de esta especialidad entre otros en los órganos jurisdiccionales para facilitar el proceso a la persona que está sufriendo el trastorno. Como base y elemento esencial a promover para la prevención y la detección temprana, sería de gran importancia sensibilizar y formar en profundidad a aquellos profesionales que están en contacto con las víctimas

Es necesario promover una sensibilización, también más allá del ámbito jurídico, para que al igual que se debe identificar el trastorno de estrés postraumático en su forma general, se logre reconocer y visualizar esta demora. Por ejemplo, el conocimiento de los diversos elementos que están relacionados con la demora del trastorno pueden favorecer que la persona o personas de su entorno cercano tengan en consideración dichos elementos y puedan posteriormente identificar los síntomas y la necesidad de acceder a ayudas y tratamientos. También sería importante esa formación para ofrecer un adecuado tratamiento y una disponibilidad de recursos que permitan a la persona acceder a ellos cuando los necesite.

Finalmente, otro de los elementos que quizás debería tenerse en cuenta es la escasez de estudios sobre esta forma de presentación, y, como resultado, la pobre mención que se hace de ella en los principales manuales diagnósticos. No encontramos una profundización en cuál es la caracterización de esta forma tan peculiar del trastorno ni siquiera una definición que vaya más allá de una línea dentro de las páginas de dichos manuales. Para lograr que el conocimiento sobre esta presentación demorada del trastorno de estrés postraumático aumente y se extienda, sería necesario que se realizaran más investigaciones que permitan tener una definición clara y precisa de esta forma de presentación del trastorno, con modelos explicativos más ajustados, así como una identificación más concreta de aquellos factores que facilitan su aparición. Todo ello

Trastorno de estrés postraumático de inicio demorado

permitiría llevar a cabo tareas de prevención e intervención más ajustadas lo que redundaría en un claro beneficio para aquellos colectivos que tras ser afectados por una grave experiencia traumática pueden encontrarse en una situación de vulnerabilidad y desamparo.

5. Bibliografía

Andrews, B., Brewin, C., Philpott, R., y Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1319-1326. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06091491>

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5®) (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Báguena, M. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2006940>

Blanchard, E. y Hickling, E. (2004). *After the crash. Psychological assessment and treatment of survivors of motor vehicle accidents* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Bomyea, J., Risbrough, V., y Lang, A. J. (2012). A consideration of select pre-trauma factors as key vulnerabilities in PTSD. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 630-641. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.008>

Bonde, J., Utzon-Frank, N., Bertelsen, M., Eller, N., Nordentoft, M., Olesen, K., ... y Rugulies, R. (2013). A scientific review addressing delayed onset posttraumatic stress disorder and posttraumatic depression. *Commissioned Report for the Danish Working Environment Fund*. Dinamarca: Unknown Publisher. Recuperado de <https://www.aes.dk/da/Om%20Arbejdsmarkedets%20Erhvervssikring/Forskning-og-projekter.aspx>

Brewin, C., Andrews, B., Hejdenberg, J y Stewart, L. (2012). Objective predictors of

delayed-onset post-traumatic stress disorder occurring after military discharge. *Psychological Medicine*, 42, 2119-2126. DOI 10.1017/S003291712000189

Bromet, E., Sonnega, A. y Kessler, R. (1998). Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the national comorbidity survey. *American Journal of Epidemiology*, 147(4), 353-361. Recuperado de <https://academic.oup.com/aje/article/147/4/353/84283>

Bryant, R., O'Donnell, M., Creamer, M., McFarlane, A. y Silove, D. (2013) A multisite analysis of the fluctuating course of posttraumatic stress disorder. *JAMA Psychiatry*, 70(8), 839-846. DOI 10.1001/jamapsychiatry.2013.1137.

Dyregrov, A. y Regel S. (2012). Early Interventions Following Exposure to Traumatic Events: Implications for Practice from recent research. *Journal of Loss and Trauma*, 17, 271-291. DOI: 10.1080/15325024.2011.616832

Ehlers, A. y Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)

Feldner, M., Monson, C. y Friedman, M. (2007). A critical analysis of approaches to targeted PTSD prevention. Current status and theoretically derived future directions. *Behaviour Modification*, 31(1), 80-116. DOI: 10.1177/0145445506295057

Fikretoglu, D. y Liu, A. (2012). Prevalence, correlates, and clinical features of delayed-onset posttraumatic stress disorder in a nationally representative military sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (8), 1359-1366. DOI 10.1007/s00127-011-0444-y

García, F. y Mardones, R. (2010). Prevención de trastorno de estrés postraumático en supervivientes del terremoto de Chile de febrero de 2010: una propuesta de intervención narrativa. *Terapia Psicológica*, 28(1), 85-93.

García, F. y Rincón, P. (2011). Prevención de sintomatología postraumática en mujeres con cáncer de mama: un modelo de intervención narrativo. *Terapia Psicológica*, 29(2), 175-183.

Trastorno de estrés postraumático de inicio demorado

- González-Brignardello, M. y Martín, A. (2004). Tratamiento de un caso de trastorno por estrés postraumático con EMDR dentro de un marco cognitivo-conductual. *Clinica y Salud*, 15(3), 337-354. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/1806/180617834007/>
- Greens, T., Neria, Y. y Gross, R. (2016). Prevalence, detection and correlates of PTSD in Primary Care Setting: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 23(2), 160-180. <https://doi.org/10.1007/s10880-016-9449-8>
- Haagsma, J., Ringburg, A., Van Lieshout, E., Van Beeck, E., Patka, P., Schipper, I. y Polinder, S. (2012). Prevalence rate, predictors and long-term course of probable posttraumatic stress disorder after major trauma: a prospective cohort study. *BioMed Central Psychiatry*, 12(236). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-236>
- Horesh, D., Solomon, Z. y Ein-Dor, T. (2013). Delayed-onset PTSD after combat: the role of social resources. *Journal of Community Psychology*, 41(5), 532-548. <https://doi.org/10.1002/jcop.21555>
- Horesh, D., Solomon, Z., Keinan, G. y Ein-Dor, T. (2013). The clinical picture of late-onset PTSD: A 20 year longitudinal study of Israeli war veterans. *Psychiatry Research*, 208, 265-273. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.12.004>
- Horowitz, M. y Solomon, G. (1975). Prediction of delayed stress response syndromes in Vietnam veterans. *Journal of Social Issues*, 31(4), 67-80. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1975.tb01012.x>
- Kearns, M., Ressler, K., Zatzick, D. y Olasov, B. (2012). Early interventions for PTSD: A review. *Depression and Anxiety*, 29, 833-842. <https://doi.org/10.1002/da.21997>
- Ley 4/2015. Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. *Publicada en Boletín Oficial del Estado* no. 101 del 28 de abril de 2015. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-4606>
- Martín, J. y de Paúl, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16(1), 45-49. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72716108>

- McCleery, J. y Harvey, A. (2004). Integration of psychological and biological approaches to trauma memory: Implications for pharmacological prevention of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17(6), 485-496. <https://doi.org/10.1007/s10960-004-5797-5>
- Ojeda, M., García, D. y Eráclides, L. (2010). Estrés postraumático tardío. Presentación de un paciente. *Medicentro Electrónica*, 14(4), 316-319. Recuperado de <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/167>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Paris, J. (2002). Predisposiciones, rasgos de personalidad y Trastorno por estrés postraumático. *Revista de Toxicomanías*, 31, 21-32. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5514054>
- Pereda Beltrán, N. (2013). *Fundamentos conceptuales de la victimología*. Universitat Oberta de Catalunya. Recuperado de http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/69805/2/Victimología_Módulo%201_%20Fundamentos%20conceptuales%20de%20la%20victimología.pdf
- Real Academia Española (2018). Prevenir. *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=U9JkQmL>
- Real Academia Española (2018). Victimizar. *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=blYuVGq>
- Real Academia Española (2018). Víctima. *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=blR0t2m>
- Rodríguez, B., Fernández, A. y Bayón, C. (2005). Trauma, disociación y somatización. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 27-38. Recuperado de http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_1_esp.pdf#page=23
- Rubio, E. (1999). *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Madrid: Sistema
- Sánchez, L., Vallejo, J., Menchón, J. y Díez, C. (Eds) (2008). *Factores de Riesgo en Psiquiatría*. Madrid: Ars Médica.

Trastorno de estrés postraumático de inicio demorado

Smid, G. E., Mooren, T. T., van der Mast, R. C., Gersons, B. P., y Kleber, R. J. (2009). Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(11), 1572. DOI: 10.4088/JCP.08r04484

Solomon, Z., Kotler, M., Shalev, A. y Lin, R. (1989). Delayed Onset PTSD Among Israeli Veterans of the 1982 Lebanon War. *PSYCHIATRY*, 52, 428-436. <https://doi.org/10.1080/00332747.1989.11024467>

Utzon-Frank, N., Breinegaard, N., Bertelsen, M., Borritz, M., Hurwitz, N., Nordentoft, M., ... Bonde, J. (2014). Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(3), 215-229. DOI: 10.5271/sjweh.3420

Vitriol, V., Gomberoff, M., Basualto, M. y Ballesteros, S. (2006). Relación entre trastorno por estrés postraumático de inicio tardío, abuso sexual infantil y revictimización sexual. Caso clínico. *Revista Médica de Chile*, 134, 1302-1305. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006001000013>