

EL “TRASTORNO PSICOTRAUMÁTICO”

DURANTE EL DESARROLLO INFANTIL

Los diagnósticos oficiales existentes en las clasificaciones de mayor uso a nivel internacional (DSM y CIE) no incluyen una categoría que represente adecuadamente las múltiples consecuencias de la exposición crónica al trauma psicológico interpersonal temprano.

Sin embargo, los clínicos que atendemos tanto a pacientes adultos como a niños y adolescentes desde una perspectiva psico-traumatológica, notamos que la profusión de síntomas de nuestros pacientes supera cualquier diagnóstico existente.

Este diagnóstico se hace mucho más evidente al tratar pacientes niñas, niños o adolescentes severamente traumatizados, como lo son por ejemplo sujetos viviendo sin cuidados parentales en instituciones o centros de asistencia social.

Al hablar de “trastorno psicotraumático” durante el desarrollo infantil tenemos en cuenta otros tipos de diagnóstico relacionados con los traumas complejos, trastornos traumáticos, del desarrollo, traumas en el apego, traumas infantiles, traumas del desarrollo, etc.

A principios de los 90, **Judith Herman**¹ propuso un diagnóstico que pretendía englobar los múltiples síntomas que pacientes adultos mostraban en la consulta. La peculiaridad era que estos pacientes llegaban con historias de trauma temprano y/o repetido crónicamente a lo largo de un tiempo importante. *Estos síntomas superaban la tríada: re-experimentación – hiperactivación – evitación, propia del TEPT (Trastorno por Estrés Postraumático)*.

Judith Herman propuso entonces llamar a este nuevo cuadro, “trastorno por estrés postraumático complejo. Era una época en la cual la psiquiatría consideraba, por ejemplo, que las mujeres que permanecían en una relación de pareja abusiva intentaban llenar necesidades masoquistas, y se atribuía la relación abusiva a la psicopatología subyacente de la mujer, en lugar de conceptualizar a esta última como consecuencia, - no como causa, de la relación abusiva (Herman, 1997).

Incluir el diagnóstico de TEPT complejo en DSM fue simplemente, imposible. Si bien se reconoció que había una diferencia en la presentación clínica de estos pacientes respecto de aquellos que presentaban un TEPT simple, no se incluyó un diagnóstico diferente, sino que en la descripción del TEPT simple se incluyeron los síntomas propios del TEPT complejo como “manifestaciones y síntomas asociados” (van der Kolk & Courtois, 2005).

Sin embargo, la clínica siguió demostrando que –a pesar de no existir un consenso ni una aceptación oficial al nuevo diagnóstico- observar a estos pacientes desde la perspectiva de los múltiples efectos que impactaban a la vez en casi todas las áreas de funcionamiento, tenía sentido. Permitía una mejor planificación del tratamiento, ya que lograba comprender de una manera más ajustada cómo intervenir en cada área afectada. A lo largo de los años

¹ Judith Lewis Herman (nacida en 1942) es una psiquiatra, investigadora, docente y autora, cuyo trabajo fundamental en la comprensión y el tratamiento de incesto y estrés traumático ha sido de gran influencia. J.L.Herman es profesora de Clínica psiquiátrica en la escuela de Medicina de la Univ. de Harvard y Directora de Entrenamiento del Programa de Víctimas de Violencia VOV en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Cambridge Health Alliance en Cambridge, Massachusetts, y miembro fundadora del Colectivo de Salud Mental de la Mujer, ahora en Somerville, Massachusetts. Recibió premios de la Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático, de la Asociación Americana de Mujeres Médicas y fue designada Miembro distinguido de la AMA - Asociación Americana de Psiquiatría. Es autora de 2 libros: “Father-Daughter Incest” publicado en 1981 y “Trauma and Recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror” En este último libro acuñó el concepto de Trastorno de estrés post traumático complejo, para referirse a los síntomas subsiguientes a trauma prolongado. (tomado de Wikipedia)

se reconoció a esta condición como TEPT complejo, trastorno por estrés extremo no especificado (el nombre que adquirió para ser propuesto al Grupo de Trabajo de la American Psychiatric Association para considerar su inclusión en la cuarta edición del DSM, lo que finalmente no sucedió), o simplemente, trauma complejo.

En su primera descripción, Herman proponía como criterio de exposición que la persona hubiera estado sujeta a un “control totalitario”² a lo largo de un período prolongado de tiempo; entre las experiencias incluidas en esta categoría, se encontraban todas las formas de maltrato y violencia intrafamiliar.

Con el tiempo, resultó lógico comenzar a preguntarse acerca de cómo se manifestaba el **impacto acumulativo** de las mismas en los niños y adolescentes que estaban siendo expuestos a tales situaciones (Cook et al, 2003; van der Kolk, 2005).

Los estudios que se fueron realizando a lo largo de las últimas décadas, lograron establecer que en la mayoría de los casos ***los niños no desarrollan un TEPT aislado, relacionado con un único evento, sino que se encuentran expuestos a múltiples tipos de victimización, muchas veces crónica, y a diversos eventos adversos*** (van der Kolk et al, 2009).

La edad es un factor de vulnerabilidad de primer nivel para la exposición a tales eventos repetidos, en tanto y en cuanto los niños -cuanto más pequeños son- más dependen de los adultos para vivir y desarrollarse.

Las neurociencias fueron agregando datos confirmatorios sobre el impacto deletéreo del trauma repetido en el desarrollo del cerebro infantil (Teicher, 2010).

Van der Kolk y colaboradores plantean que ***a falta de opciones diagnósticas disponibles las variadas manifestaciones sintomáticas de estos niños terminan siendo relegadas a una serie de co-morbilidades, aparentemente sin relación entre sí, tales como trastorno bipolar, trastorno por déficit atencional, trastorno de conducta, ansiedad fóbica, trastorno reactivo del apego y trastorno de ansiedad por separación*** (van der Kolk et al, op.cit).

¿Podemos imaginar un niño que reúna semejantes co-morbilidades o algunas de ellas?
¿Cuál sería el tratamiento a diseñar en estos casos? ¿A qué problema se le daría prioridad?

Van der Kolk y colegas plantean además que ***el problema diagnóstico de los niños con historias de malos tratos crónicos en el contexto intrafamiliar es que o no reciben diagnóstico alguno, o reciben diagnósticos imprecisos o reciben diagnósticos inadecuados*** (van der Kolk et al, op.cit).

La consecuencia para los tratamientos ofrecidos a estos niños, es que éstos resultan igual de imprecisos e ineficientes.

A continuación, se presentan los **critérios** que fueron propuestos preliminarmente para considerar la inclusión de este trastorno en las clasificaciones oficiales de los trastornos mentales (van der Kolk, 2005; NCTSN DSM V, 2008; van der Kolk et al, 2009):

² **Totalitarismo** es el término por el que se conoce a las **ideologías**, los **movimientos** y los **regímenes políticos** donde la **libertad** está seriamente restringida y el **Estado** ejerce todo el **poder** sin **divisiones** ni restricciones.

Los totalitarismos, o regímenes totalitarios, se diferencian de otros regímenes **autocráticos** por ser dirigidos por un **partido político** que pretende ser o se comporta en la práctica como **partido único** y se funde con las instituciones del Estado. Por lo general, estos regímenes **exaltan la figura de un personaje** que tiene un **poder ilimitado** que alcanza todos los ámbitos y se manifiesta a través de la **autoridad ejercida jerárquicamente**. Impulsan un movimiento de **masas** en el que se pretende encuadrar a toda la sociedad (con el propósito de formar una **persona nueva** en una **sociedad perfecta**), y hacen uso intenso de la **propaganda** y de distintos mecanismos de control social y de **represión** como la **policía secreta**.

A) El niño, niña o adolescente que ha experimentado o ha sido testigo de múltiples o prolongados eventos adversos a lo largo de un período de por lo menos un año comenzando en la infancia o adolescencia temprana, incluye:

- A.1. Experiencia directa o ser testigo de episodios repetidos y severos de violencia interpersonal, y
- A.2. Disrupciones significativas en los cuidados básicos como resultado de cambios repetidos de cuidador primario, separación repetida del cuidador primario, o exposición a abuso emocional severo y persistente.

El sujeto exhibe un deterioro en sus competencias evolutivas normales relacionadas con la regulación de la activación (arousal: Nivel de activación cerebral. ... Implica tanto el ritmo de los procesos cerebrales como el nivel general de atención frente a los estímulos del medio y está regulado por el sistema de activación reticular)

B) incluyendo por los menos dos de los siguientes ítems:

- B.1. Incapacidad para modular, tolerar o recuperarse de estados afectivos extremos (miedo, enojo, vergüenza), incluyendo berrinches prolongados y extremos o inmovilización.
- B.2. Perturbaciones en la regulación de funciones corporales (perturbaciones persistentes en el sueño, alimentación y control esfinteriano; híper o hiporeactividad al tacto y a los sonidos; desorganización durante la transición entre rutinas).
- B.3. Reconocimiento disminuido/disociación de sensaciones, emociones y estados corporales [despersonalización, desrealización, discontinuidad en los estados afectivos, embotamiento afectivo, analgesia física y dificultad para el reconocimiento de emociones].
- B.4. Dificultad en la descripción de emociones y estados corporales [dificultad para describir estados internos o para comunicar necesidades tales como hambre o la evacuación y eliminación].

C) El sujeto exhibe un deterioro en sus competencias evolutivas normales relacionadas con el mantenimiento de la atención, el aprendizaje o el afrontamiento del estrés, incluyendo al menos tres de los siguientes ítems:

- C.1. Preocupación por la amenaza, o dificultad para percibirla, incluyendo una mala interpretación de las señales de seguridad y peligro.
- C.2. Deterioro en la capacidad de auto protegerse, incluyendo conductas de riesgo o búsqueda de emociones violentas [conductas sexuales de riesgo, descontrol impulsivo, subestimación del riesgo, dificultad para comprender las reglas, para planificar la conducta y anticipar las consecuencias].
- C.3. Intentos desajustados de auto-calma (movimientos rítmicos o rocking, masturbación compulsiva) [incluye consumo de sustancias]
- C.4. Auto injuria habitual (intencional o automática) o reactiva [cortarse, golpearse la cabeza, quemarse, pellizcarse].
- C.5. Incapacidad para iniciar o mantener una conducta dirigida a un objetivo [falta de curiosidad, dificultades para planificar o completar tareas, abulia].

D) El sujeto exhibe un deterioro en sus competencias evolutivas normales relacionadas con su sentido de identidad personal e involucración en las relaciones, incluyendo por lo menos tres de los siguientes ítems:

- D.1. Preocupación intensa por la seguridad del cuidador o de otros seres queridos (incluyendo una actitud temprana de cuidado hacia otros) o dificultades en la tolerancia al reencuentro con los mismos luego de una separación.
- D.2. Persistente sentido negativo de sí mismo, incluyendo odio hacia sí mismo, impotencia, sentimiento de falta de valía, ineficacia o defectuosidad.
- D.3. Desconfianza extrema y persistente, conducta desafiante o falta de reciprocidad en las relaciones cercanas con adultos o pares [incluye expectativa de ser victimizado por otros].
- D.4. Reactividad física o agresión verbal [impulsiva, no intencionalmente coercitiva o manipuladora] hacia pares, cuidadores u otros adultos.
- D.5. Intentos inapropiados (excesivos o promiscuos) de tener contacto íntimo (incluyendo –pero sin limitarse a- la intimidad sexual o física) o dependencia excesiva en pares o adultos en busca de seguridad o reaseguro.
- D.6. Deterioro en la capacidad de regular la activación empática (empathic arousal) evidenciado por una falta de empatía por, o intolerancia a, las expresiones de estrés de los otros, o excesiva respuesta al distrés/ perturbación de los otros.

E. Espectro de Síntomas Postraumáticos

El niño exhibe por lo menos un síntoma en al menos dos de los tres criterios (B, C y D) de síntomas del TEPT.

F. Duración del trastorno.

(Síntomas en el TTD Criterios B, C, D y E) al menos 6 meses.

G. Dificultades funcionales

El trastorno causa distrés/perturbación clínicamente significativa o incapacidad en al menos dos de las siguientes áreas de funcionamiento:

1. Escolar: bajo rendimiento, inasistencia, problemas disciplinarios, deserción, fallas para completar el grado/ciclo, conflictos con el personal escolar, trastornos de aprendizaje y dificultades intelectuales que no pueden ser explicadas por trastorno neurológico u otros factores.
2. Familiar: conflictividad, evitación/pasividad, fuga, desapego y búsqueda de sustitutos, intentos de dañar física o emocionalmente a miembros de la familia, incumplimiento de las responsabilidades dentro de la familia.
3. Grupo de Pares: aislamiento, afiliaciones desajustadas, conflicto físico o emocional persistente, involucración en violencia o actos inseguros, estilos de interacción o afiliación inadecuados para la edad.
4. Legal: arrestos/reincidencia, detención, condenas, cárcel, violación de libertad condicional o de otras órdenes legales, aumento en la gravedad de los delitos, delitos contra otras personas, desinterés por la ley o las convenciones morales estándar.
5. Salud: Enfermedad física o problemas que no pueden ser explicados por heridas físicas o degeneración, incluyendo los sistemas digestivo, neurológico (incluyendo síntomas conversivos y analgesias), sexual, inmunológico, cardiopulmonar, propioceptivo, o sensorial, o dolores de cabeza severos (incluyendo migrañas) o dolor crónico o fatiga.
6. Vocacional: (aplica para los jóvenes que buscan empleo, o son referenciados para el mismo, o para trabajo voluntario o entrenamiento para el trabajo): desinterés en el trabajo/vocación, incapacidad para obtener/mantener empleos, conflicto persistente con compañeros de trabajo o supervisores, subempleo en relación con las capacidades que posee, fallas en el logro de avances esperables.

Bibliografia

- Baita, S. (2009). Il PTSD complesso e il disturbo post-traumatico dello sviluppo: quale futuro? En: Il disturbo post traumatico nello sviluppo. A cura di Ardino Vittoria, Editore: Unicopli, Milano, Italia.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. & van der Kolk, B. (Eds). (2003). Complex Trauma in Children and Adolescents. National Child Traumatic Stress Network. <http://www.NCTSNet.org>
- Herman, J. (1997): Trauma and Recovery. The aftermath of violence-from domestic abuse to political terror. New York, Basic Books.
- Moreno, P. (2011). La adopción de un niño severamente maltratado. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología, Volumen 1, No. 2, Año 2011. Disponible en <http://revibapst.com>
- Teicher, M. (2010). Does Child Abuse Permanently alter the Human Brain? Pierre Janet Memorial Lecture, International Society for the Study of Trauma and Dissociation, Annual Conference, October, 2010, Atlanta, USA.
- Van der Kolk, B, Courtois, A. (2005). Editorial Comments: Complex Developmental Trauma. Journal of Traumatic Stress. Vol. 18, N.5
- Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatric Annals, 35(5), 401-408.