

Trastorno por estrés postraumático: estudio en accidentados de tráfico

Post-traumatic stress disorder: a study of road accident victims

Medicina Legal y Forense
Facultad de Medicina
UEX. Badajoz

Casado Blanco M.

RESUMEN

Actualmente se considera que el trastorno por estrés postraumático (TEPT) es originado por numerosas circunstancias, que en líneas generales amenazan la integridad y la seguridad personal. Uno de los grupos de mayor riesgo para el padecimiento del TEPT lo constituyen las víctimas de accidentes de tráfico. En el presente trabajo se investiga la incidencia y los posibles factores de riesgo que intervienen en la aparición y desarrollo del TEPT.

Para ello realizamos el seguimiento de una muestra de lesionados que habían sido víctimas de accidentes de tráfico y que fueron valorados en la consulta médico-forense.

Entre los resultados más llamativos encontramos que más que el número total de acontecimientos generadores de estrés soportados por los accidentados, pueda tener mayor importancia la cualidad de los mismos. Preferentemente situaciones personales o familiares y en algunos casos laborales que hablarían de un contexto desfavorable y difícil de controlar.

Palabras clave: Trastorno por estrés postraumático, factores de riesgo, accidente de tráfico, medicina legal.

Casado Blanco M
Trastorno por estrés traumático: estudio en accidentados de tráfico
Mapfre Medicina, 2003; 14: 26-31

ABSTRACT

Currently, it is thought that post-traumatic stress disorder (PTSD) is caused by multiple factors that, generally, threaten personal integrity and safety. Road accident victims are one of the groups most at risk of suffering PTSD. This study focuses on the effect and potential risk factors that play a role in the emergence and development of PTSD.

For this purpose, we have monitored a sampling of road accident victims evaluated by a medical examiner.

One of the most remarkable findings of this study was that the number of stress-generating events, endured by the road accident victims, is more relevant to PTSD than the quality of said events. Personal or family circumstances, and, in some cases, industrial accidents, give rise to unfavorable and unmanageable situations.

Key words: Post-traumatic stress disorder, risk factors, road accident, forensic medicine.

Casado Blanco M
Post-traumatic stress disorder: a study of road accident victims
Mapfre Medicina, 2003; 14: 26-31

Correspondencia:
M. Casado Blanco
Medicina Legal y Forense
Facultad de Medicina
UEX
Avda. de Elvas, s/n
Badajoz

Fecha de recepción: 17 de diciembre de 2001

INTRODUCCIÓN

El trastorno por estrés postraumático es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la población general y conceptualizado como un subgrupo de estos (1, 2) y relacionado directamente con las experiencias traumáticas. Desde su descripción por parte del neurólogo alemán Hermann Oppenheim en 1889, bajo la denominación de «neurosis traumática», siempre estuvo relacionado con las situaciones de enfrentamientos bélicos. Con el paso de los años, esta impresión generalizada fue cambiando cuando se apreció la posibilidad de relacionar determinadas alteraciones psíquicas con la aparición de diferentes situaciones traumáticas que ocurren en la vida normal, tales como la muerte inesperada de un ser querido, ser testigo de una muerte violenta, catástrofes naturales, violación o agresiones sexuales y, por supuesto, no podemos olvidar una situación que con relativa frecuencia genera la aparición de estos cuadros, y que es objeto del presente trabajo, como son los accidentes de tráfico, de tipo grave o con riesgo para la vida.

Sin duda alguna, un hecho traumático como es un accidente de tráfico tiene un gran impacto sobre las personas que son víctimas del mismo. Cualquier profesional que tenga algo de experiencia con este tipo de pacientes habrá oído en multitud de ocasiones, al realizar la valoración del daño, la frase «desde que ocurrió... ya no he vuelto a ser el/la mismo/a» (3). Pero también se observa y se da la circunstancia de que personas víctimas de estos sucesos superan la situación sin aparente dificultad, sin que queden secuelas relevantes en su estructura psíquica, mientras que otros parecen aferrados en el evento traumático, sin poder llegar a superarlo.

Por lo tanto hemos de considerar que al menos dos factores influyen en su aparición y están íntimamente relacionados con el desarrollo del trastorno por estrés postraumático (4). Estos dos factores quedan claramente definidos; por un lado el grado y la proporción del accidente y, por otra, influyen las características del propio individuo que ha experimentado el accidente de tráfico.

Tanto en el campo médico forense como en la valoración pericial del daño corporal, el desarrollo de instrumentos de evaluación para el TEPT es bastante nuevo en relación o en comparación con otros trastornos de ansiedad. Actualmente y según el objetivo fijado a la hora de efectuar la valoración existen instrumentos muy útiles, ya sean para el diagnóstico específico del TEPT, evaluación de la sintomatología, valoración general, gra-

do de discapacidad e incluso valoración de la calidad de vida.

En el presente trabajo se trata de evaluar la incidencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en una muestra de pacientes que habían sido víctimas de accidente de tráfico, con el objetivo de proceder a la valoración médico-forense y determinación del daño psíquico, previa a la reparación judicial. Para ello se analizan los factores sociodemográficos (personal, familiar, laboral, acontecimientos vitales y apoyo social y familiar) que pudieran influir en la aparición de este cuadro psicopatológico después de la experiencia traumática.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra que analizamos consiste en 50 lesionados que habían sido expuestos a un acontecimiento traumático como es un accidente de tráfico durante el período junio 1999-junio de 2000.

La muestra presenta un rango de edad entre los 27 y los 55 años, con una media de edad de 37 años.

Asimismo, la muestra fue seleccionada de entre 350 lesionados que habían sido víctimas de accidente de tráfico.

Todos los lesionados seleccionados para el presente estudio fueron entrevistados y valorados por el mismo entrevistador.

En la entrevista, 18 lesionados relataron lesiones que no fueron lo suficientemente severas e importantes como para ser clasificadas como traumáticas según los criterios diagnósticos DSM-IV (5). A pesar de ello, a estos lesionados se les pasó la entrevista en su totalidad y fueron considerados como grupo control.

Los otros 32 lesionados sí habían sido víctimas de un acontecimiento lo suficientemente severo como para tener la consideración de traumático.

Los datos se recabaron por medio de una entrevista semiestructurada. Antes de efectuar la valoración se informaba a los lesionados de la realización de un conjunto de pruebas diagnósticas cuyo resultado tendría traslación en la valoración médico forense de sus lesiones.

La entrevista constaba de las siguientes partes:

- a) Características sociodemográficas.
- b) Tipo de suceso estresante dentro del accidente de tráfico.
- c) Entrevista estructurada para el TEPT (6). Se trata de un material que consta de 17 ítems que representan los 17 síntomas del DSM-IV para el

diagnóstico de los criterios B, C y D. En relación al marco de referencia temporal es el último mes.

d) Escala para el TEPT administrada por el clínico (CAPS) (7). Resulta útil para poder efectuar una valoración del diagnóstico y de la gravedad de los síntomas. Es válida para efectuar la valoración del criterio A del DSM-IV.

e) Trastornos comórbidos o antecedentes psiquiátricos personales conocidos e incluso en tratamiento. Entre estos trastornos se valoraron aquellos cuadros que se asocian con más fuerza, como trastornos afectivos (distimia, depresión mayor); otros trastornos de ansiedad (TOC, trastorno de pánico, la fobia simple o la agorafobia) y el abuso o dependencia a alcohol y otras drogas.

f) Cuestionario de acontecimientos vitales de Paykel, Prusoff y Uhlenhuth (1971), en su versión española (8). Se trata de una escala constituida por 61 ítems que traducen diferentes circunstancias, tanto positivas como negativas, capaces de producir estrés y, por lo tanto, actuar incrementando el nivel de tensión interior del sujeto.

g) Escala autoaplicada para la evaluación del estrés-apoyo social. Se trata de una escala diseñada por el Departamento de Salud Mental de California (1981) y adaptada por Conde y French (1984) para la versión española, y donde se valoran, mediante dos partes, por un lado los sucesos vitales durante el año previo y posterior al suceso, en áreas tan concretas como el área familiar, económico-laboral y personal; y por otro lado explora el nivel de apoyo social del individuo relacionándolo con la calidad y frecuencia de sus relaciones afectivas y sociales.

El trabajo consiste en un estudio de tipo transversal, observacional y descriptivo. Con los datos recogidos se construyó una base de datos, que posteriormente se procesó mediante paquete estadístico, utilizando los programas de estadística descriptiva, análisis de medias y varianzas.

RESULTADOS

De los 32 lesionados que cumplieron el criterio A para el TEPT, según la CAPS, 10 de ellos presentaron los criterios diagnósticos necesarios para ser valorados como trastorno por estrés post-traumático, al cumplir el resto de criterios diagnósticos (B, C y D), al que denominaremos en el resto de la exposición «grupo TEPT», y 22 lesionados no cumplían los citados criterios, al que denominaremos «grupo NO TEPT». Los restantes 18 lesionados, referidos anteriormente, y que no ha-

bían sufrido un traumatismo de acuerdo con el criterio A de TEPT, lo denominaremos «grupo CONTROL».

En referencia a las variables sociodemográficas no se observaron diferencias estadísticamente significativas, como se puede apreciar en las Tablas I-V.

La distribución de los sucesos traumáticos así como los porcentajes quedan reflejados en la Tabla VI, donde se aprecia como las experiencias que se relacionaron más con el desarrollo y aparición del TEPT fueron claramente los atropellos, con unos valores del 50%. A continuación, y en cifras similares, se sitúan los accidentes con vuelco y los mecanismos combinados (20%).

También podemos observar el protagonismo del lesionado respecto al accidente, ya se tratase de conductor, pasajero o peatón. De forma significativa los peatones resultan ser los más susceptibles de presentar un TEPT, con valores del 60%, seguido por los conductores, con un valor del 30%.

TABLA I. Sexo

	No TEPT	TEPT	CONTROL
Hombre	14 (66,6%)	7 (70%)	12 (66,6%)
Mujer	8 (38%)	3 (30%)	6 (33,4%)

TABLA II. Edad

	No TEPT	TEPT	CONTROL
25-30 años	3 (13,6%)	1 (10%)	1 (5,5%)
31-35 años	6 (27,2%)	3 (30%)	4 (22,2%)
36-40 años	8 (36,3%)	4 (40%)	7 (38,8%)
41-45 años	3 (13,6%)	1 (10%)	3 (16,6%)
46-50 años	1 (4,5%)	0 (0%)	2 (11,1%)
51-55 años	1 (4,5%)	1 (10%)	1 (5,5%)

TABLA III. Estado civil

	No TEPT	TEPT	CONTROL
Soltero	6 (27,2%)	3 (30%)	5 (27,7%)
Casado	10 (45,4%)	5 (50%)	10 (55,5%)
Viudo	2 (9,0%)	1 (10%)	0 (0,0%)
Separado	4 (18,1%)	1 (10%)	3 (16,6%)

TABLA IV. Nivel de estudios

	No TEPT	TEPT	CONTROL
Analfabetos o ningún estudio	4 (18,1%)	3 (30%)	6 (33,3%)
Graduado Escolar	9 (40,9%)	4 (40%)	7 (38,8%)
B. superior o FP II	6 (27,2%)	2 (20%)	3 (16,6%)
Post. no univers.	2 (9,0%)	0 (0%)	1 (5,5%)
Universitario	1 (4,5%)	1 (10%)	1 (5,5%)

TABLA V. Situación laboral

	No TEPT	TEPT	CONTROL
Tr. cuenta propia	12 (54,5%)	4 (40%)	10 (55,5%)
Tr. cuenta ajena	8 (36,3%)	4 (40%)	6 (33,3%)
No trabaja	2 (9,0%)	2 (20%)	2 (11,1%)

TABLA VI. Sucesos traumáticos

	No TEPT	TEPT	CONTROL
Colisión entre coches	1 (4,5%)	0 (0%)	5 (27,7%)
Colisión con motocicleta	2 (9,0%)	1 (10%)	3 (16,6%)
Vuelco	4 (18,1%)	2 (20%)	3 (16,6%)
Atropello	11 (50%)	5 (50%)	4 (22,2%)
Suceso combinado	4 (18,1%)	2 (20%)	3 (16,6%)

En cuanto al desarrollo del TEPT, no se encontró ninguna relación entre el con los antecedentes psiquiátricos personales, como se puede apreciar en la Tabla VII. En los tres grupos se hallaron valores similares en los diferentes cuadros psicopatológicos más relacionados con el TEPT.

En referencia a los acontecimientos vitales experimentados durante el año posterior al evento traumático apreciamos como el grupo diagnosticado, por los criterios DSM-IV, de TEPT, presentaron y desarrollaron mayor número de acontecimientos vitales. Entre las diferentes áreas en que se divide el cuestionario de cambios vitales de Paykel, los lesionados que desarrollaron TEPT señalaron como ítems más frecuentes aquellos relacionados con las áreas del trabajo (20%), salud (60%), pérdidas (40%) y área legal (50%).

TABLA VII. Patologías psiquiátricas previas

	No TEPT	TEPT	CONTROL
Trast. afectivos	3 (13,6%)	2 (20%)	3 (16,6%)
Trast. de ansiedad	3 (13,6%)	1 (10%)	2 (11,1%)
Abuso o depend. a alcohol/drogas	1 (4,5%)	2 (20%)	3 (5,5%)
Ninguna	14 (63,3%)	6 (60%)	12 (66,6%)

Entre los ítems señalados en cada área destacan:

a) Área de trabajo: pérdida de trabajo y la jubilación, por invalidez, a consecuencia de las secuelas, representando valores del 20%.

b) Área de salud (60%): enfermedad grave de un miembro de la familia nuclear, enfermedad física importante y enfermedad física menor.

c) Área de pérdidas (40%): muerte de un hijo, muerte de marido/mujer, muerte de un miembro cercano a la familia, muerte de un amigo íntimo.

d) Área legal (50%): juicio o problema legal grave y problema legal que requirió de consulta de abogados.

Y por último se realizó la valoración de la escala autoaplicada para la evaluación del estrés-apoyo social, que habían tenido los lesionados, tras ocurrir el accidente de tráfico.

En la escala de estrés, las situaciones que resultaron más señaladas por los lesionados están en relación con las señaladas en el cuestionario de acontecimientos vitales. Fueron situaciones que afectan al área familiar, en un 60% de los casos, seguida de las situaciones que afectan al área personal (30%) y en referencia el área del trabajo con un 10%.

En cuanto al apoyo social, los resultados traducen puntuaciones en torno al grado bajo, manifestado o derivado de un déficit de relación del lesionado, tras el accidente, con los demás, ya sea su propia familia, pareja, amigos..., con presencia de síntomas de corte interaccional, con falta de interés, falta de empatía o accesibilidad a la conversación, mostrándose con reducción en su comunicación tanto verbal como no verbal.

DISCUSIÓN

Por lo expuesto, el trastorno por estrés postraumático es un trastorno que por definición se asocia a un acontecimiento traumático externo,

que provoca alteraciones psíquicas graves, y donde se plantea un fallo del organismo para poder recuperarse de una situación traumática.

Los trabajos y estudios realizados sobre el TEPT orientan sus objetivos en una doble vertiente, por una parte, unos analizan en profundidad el agente o evento traumático sin más; y por otra parte y desde un modelo multifactorial, otros trabajos consideran además de las características del traumatismo, las del propio individuo y otra serie de factores (niveles de estrés, apoyo social...) de una forma unitaria.

Específicamente en relación con los accidentes de tráfico, nuestros resultados nos indican que aproximadamente un 20% de las personas que sufren este tipo de acontecimiento traumático generen un TEPT, cifras similares a las encontradas por otros autores (9-11). En el presente trabajo, el porcentaje más alto de TEPT es el que se asocia al suceso que consideran como más traumático, los propios encuestados, como es el mecanismo del atropello. Por lo tanto, con estos resultados se puede indicar que la intensidad del acontecimiento traumático está en directa relación con el desarrollo del trastorno, circunstancia ya advertida por otros autores (12).

Como se indicó anteriormente existen múltiples factores de vulnerabilidad relacionados con el TEPT, tales como factores sociodemográficos, antecedentes de patologías psiquiátricas previas, y sin olvidar factores como el apoyo social o los acontecimientos vitales.

En nuestro trabajo no encontramos, al igual que otros autores, relación entre el TEPT con los factores sociodemográficos y con los antecedentes psiquiátricos.

En referencia a los acontecimientos vitales durante el año posterior al accidente, resulta significativo que aquellos lesionados que desarrollaron el TEPT presentaron mayor número de acontecimientos generadores de situaciones de estrés o desadaptativas (12-14), teniendo entre estas especial significación aquellas circunstancias que Paykel y cols. (1971) definen como «indeseables» y como «incontrolables». Sin embargo, creemos que, más que el número total de acontecimientos generadores de estrés soportados por los lesionados pueda tener mayor importancia de cara al pronóstico la cualidad de los mismos, y así encontramos determinadas situaciones personales o familiares y en algunos casos laborales en relación a estas circunstancias. Este tipo de acontecimientos indeseables e incontrolables hablaría de un contexto desfavorable y difícil de controlar. Por el contrario, destaca la ausencia de factores deseables, de tipo positivo que presentan alguna ga-

nancia de tipo personal, social o que se encuentre bajo control del propio enfermo.

Las situaciones personales o familiares constituyen la fuente generadora de mayor número de eventos vitales provocadores de situaciones de estrés.

Siguiendo en el estudio presente nos planteamos el papel etiológico o de riesgo que puede tener el estrés a la hora de catalogar un TEPT, estimándose con puntuaciones en grado moderado/alto, lo cual confirma que el estrés psicosocial es asumido como importante en la aparición del TEPT.

En cuanto a los niveles de apoyo social, entendido como los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que emplea el individuo para controlar las situaciones estresoras y reducir o eliminar la experiencia del estrés traducen puntuaciones bajas. Esto indica que los individuos que desarrollan TEPT pueden encontrar déficits en las redes sociales, es decir, en los recursos personales y en los aportados por otras personas.

La duda que se plantea en estos momentos es el determinar si el nivel de estrés y el apoyo social son dos factores que actúan independientemente o si, por el contrario, el nivel bajo de apoyo social podría actuar como agente desencadenante o inductor de estrés.

BIBLIOGRAFÍA

1. JIMÉNEZ TREVIÑO L, SÁIZ MARTÍNEZ P A, BASCARÁN FERNÁNDEZ M T, *et al.* Epidemiología. En: J Bobes García, M Bousoño García, A Calcedo Barba *et al.*, *Trastorno de Estrés Postraumático*. Barcelona: Masson, 2000; 19-33.
2. COBO GÓMEZ J V, ROJO RODÉS J E, VALLEJO RUILOBA J. Clasificación Actual de los Trastornos Neuróticos. *Archivos de Psiquiatría*. 2001; 64 (1): 37-80.
3. VAN DER KOLF B A, MCFARLANE A C. Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society. En: B A Van der Kolk, A C McFarlane, L Weisaeth (eds). New York: The Guilford Press, 1996; 3-23.
4. GILABERTE I, BACA E. Trastrono por estrés postraumático: estudio en una población de riesgo. *Archivos de Psiquiatría*. 2000; 62 (3): 259-272.
5. DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
6. Entrevista estructurada para el TEPT (Structured Interview for PTS, SI-PTSD o SIP). DAVIDSON J, SMITH R, KUDLER H. Validity and reliability of the DSM-III criteria for posttraumatic stress disorder. Experience with a structured interview. *J Ner Ment Dis*. 1989; 177 (6): 336-341.
7. Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (Clinican Administered PTSD Scale-CAPS). BLAKE D D, WEATHERS F W, NAGY L

- M, et al. A clinican rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-1. *The Behavior Therapist*. 1990; 13: 187-188.
8. PAYKEL E S, PRUSOFF B A, UHLENHUTH E H. Scaling of Life Events. *Arch Gen Psychiat*. 1971; 25: 340-347.
 9. URSANO R J, FULLERSON C S, EPSTEIN R S, et al. Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Am J Psychiatry*. 1999; 156: 589-595.
 10. NORTH C S, SMITH E M, SPITZNAGEL E L. Posttraumatic stress disorder in survivors of a mass shooting. *Am J Psychiatry*. 1994; 151: 82-88.
 11. BROM D, KLEBER R J, HOFMAN M C. Victims of traffic accidents: incidence and prevention of post-traumatic stress disorder. *J Clin Psychol*. 1993; 49: 131-140.
 12. BRESLAU N, KESSLER R C, CHILCOAT H D, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55: 626-632.
 13. KESSLER R C, SONNEGA A, BROMET E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52: 1048-1060.
 14. DAVIDSON J R T, HUGHES D, BLAZER D G, et al. Posttraumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med*. 1991; 21: 713-721.

MAPFRE MEDICINA

ÓRGANO DE EXPRESIÓN DE LA FUNDACIÓN MAPFRE MEDICINA

Editor: José Luis Cabello Flores
Director Científico: Pedro Guillén García
Director Técnico: Francisco de la Gala Sánchez

Comité de Redacción:

Javier Alonso Santos
José M.ª Antón García
Ricardo Cámara Anguita
Antonio Carabias Aguilar
Javier Coba Sotés
Vicente Concejero López
Antonio Delgado Lacosta
Fernando García de Lucas
Pedro García Méndez
José Manuel Gómez López
Carlos Hernando de Larramendi
Carmen Hernando de Larramendi

Francisco Huesa Jiménez
Juan José Jorge Gómez
Felipe López Oliva
José M.ª López Puerta
José M.ª Madrigal Royo
Mariano Malillos Pérez
Joaquín Martínez Ibáñez
Manuel Miranda Mayordomo
Concepción Perdices Acero
Ángel Ruano Hernández
Montserrat Valls Cabrero

Consejo Asesor:

Alfred O. Bonati (Florida)
César Borobia Fernández (Madrid)
René Cailliet (Santa Mónica)
Luis Conde-Salazar Gómez (Madrid)
Jacinto Corbella Corbella (Barcelona)
Diego Dámaso López (Madrid)
José Ramón de Juanes Pardo (Madrid)
Manuel de Oya Otero (Madrid)
Henry Dejour (Lyon)
Hipólito Durán Sacristán (Madrid)
Antonio del Río Prego (Madrid)
Andrew A. Fischer (Nueva York)
Alberto Gimeno Alava (Madrid)
José Luis López-Sendón (Madrid)
Fernando Martín Martín (Madrid)
María Pilar Martínez Gutiérrez (Madrid)
José Mendoza Sarmiento (Toledo)
José Luis Miranda Mayordomo (Madrid)

Louis Miró (Nimes)
Vicente Moya Pueyo (Madrid)
Roberto Pastrana Pérez-Canales (Madrid)
Lars Peterson (Gothenburg)
Juan Plaja Masip (Barcelona)
Luis Miguel Ruilope Urioste (Madrid)
Ulises Ruiz Ferrándiz (Madrid)
Carlos Sáenz de la Calzada y Campo (Madrid)
Julián Sanz Esponera (Madrid)
Salomón Schächter (Buenos Aires)
José María Segovia de Arana (Madrid)
Juan Tamargo Menéndez (Madrid)
Juan A. Traver Aguilar (Madrid)
Eliseo Vaño Carruana (Madrid)
José Delfín Villalain Blanco (Valencia)
Enrique Villanueva (Granada)
George W. Wood (Memphis)
Pedro Zarco Gutiérrez (Madrid)

Secretaría de Redacción:
Carmen Amado Castela

Los originales o correspondencia deben ser enviados a la siguiente dirección:

FUNDACIÓN MAPFRE MEDICINA
Ctra. de Pozuelo a Majadahonda, s/n. MAJADAHONDA - 28220 MADRID