



EL DESARROLLO DE LAS SECUELAS POSTRAUMÁTICAS: FACTORES QUE INTERVIENEN Y ELEMENTOS CLÍNICOS

Enrique Marcos González, José Luis Medina Amor, Araceli Gámez Palomares, Alfonso Rodríguez-Palancas Palacios, Inmaculada Muñoz Mosqueira, Rebeca Suárez Guinea, Catalina Iglesias García, Rufino Losantos Pascual, José Luis Pérez-Iñigo Gancedo, Marta Presa García, Fernando Abejaro de Castro, Juan Martínez Tejeiro, Sonia López Arribas

Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla". Servicio de Psiquiatría
enrimargon@hotmail.com

RESUMEN:

El daño psíquico que produce un acontecimiento traumático no sólo depende de la naturaleza, la intensidad y la duración de la situación traumática, sino que hay que tener en cuenta factores como la personalidad y el estado emocional de las víctimas así como el nivel de comprensión, apoyo y recursos que reciben de la sociedad. El impacto emocional de una experiencia traumática concreta varía de persona a persona y depende de factores biológicos, psicológicos y sociales. Las conductas que pueden observarse como respuestas a un acontecimiento catastrófico deben comprenderse como un proceso dinámico que evoluciona en el tiempo conforme se van modificando las condiciones ambientales. Nos podremos encontrar etapas o momentos evolutivos distintos, reacciones inmediatas, secuelas agudas y crónicas postraumáticas que incluyen una serie de alteraciones cognitivas, afectivas, psicofisiológicas y relacionales; así como diversos cuadros clínicos bien definidos como el trastorno de estrés postraumático y formas incompletas y/o frustradas del mismo e incluso una alteración persistente de la personalidad, de duración más prolongada e imprecisa. Se trata de una revisión sobre el asunto en el que se analizan los artículos publicados más recientes acerca de las secuelas y clínica que aparecen como respuesta a un acontecimiento catastrófico.

INTRODUCCIÓN

El daño psicológico que produce un acontecimiento traumático depende de la naturaleza, la intensidad y la duración de la situación traumática; la personalidad y el estado emocional de las víctimas y del nivel de comprensión, apoyo y recursos que reciben de la sociedad.

El impacto emocional de una experiencia traumática concreta varía de persona a persona y depende de factores biológicos, psicológicos y sociales.

FACTORES

- 1. La Predisposición personal:** Incluye factores sociodemográficos como la edad o el sexo y de la personalidad en el que también se incluirían los antecedentes psiquiátricos y acontecimientos previos sufridos.
- 2. El Suceso traumático:** Incluiría aspectos subjetivos y objetivos. Depende de la naturaleza, la intensidad y la duración de la situación traumática. También de la interpretación que los afectados dan a los acontecimientos vividos, que varían de un individuo a otro e incluso cambian en una misma persona si esta adquiere nuevos conocimientos sobre los sucesos.
- 3. El Procesamiento cognitivo y emocional:** Las imágenes de los acontecimientos vividos, los sentimientos y las sensaciones corporales vinculadas a experiencias catastróficas se almacenan en la memoria emocional. Esta memoria no se manifiesta con palabras (como la memoria verbal) sino con "flashes" de las escenas aterradoras, con emociones, con pesadillas... La memoria verbal es la que se utiliza normalmente para retener información del modo mas coherente y organizado. Los recuerdos traumáticos que se almacenan en la memoria emocional no cambian ni se atenúan con el paso del tiempo, conservan su identidad propia e independiente y al recordarlos se revive la experiencia pasada como si estuviera ocurriendo en el presente.

EVOLUCIÓN DE LAS SECUELAS POSTRAUMÁTICAS

Las conductas que pueden observarse como respuestas a un acontecimiento catastrófico deben comprenderse como un proceso dinámico que evoluciona en el tiempo conforme se van modificando la condiciones ambientales. Desde un punto de vista clínico y evolutivo conviene distinguir tres etapas o momentos evolutivos distintos.

EL DESARROLLO DE LAS SECUELAS POSTRAUMÁTICAS: FACTORES QUE INTERVIENEN Y ELEMENTOS CLÍNICOS

1ª) **Reacciones inmediatas al acontecimiento.** Se caracteriza por cuadro emocional lleno de temor o ansiedad que se produce en presencia del acontecimiento (caracterizado por ser inusual y desproporcionado). Dura mientras está presente el acontecimiento, generalmente suele ser breve. Puede ser simplemente la reacción esperable ante la situación excepcional creada por dicho fenómeno. Si esta etapa no se resuelve adecuadamente, el cuadro progresa hacia la fase siguiente.

2ª) **Secuelas postraumáticas agudas.** Se produce una vez que ha desaparecido el acontecimiento vivido. Se organizan en torno al recuerdo del trauma. El impacto del evento ha sido tan traumático que impide el procesamiento emocional del recuerdo. De esta manera se construye un recuerdo fragmentado del trauma y surgen una serie de perturbaciones emocionales más duraderas, en las que la ansiedad cristaliza en estructuras defensivas que se movilizan según los mecanismos disponibles que tenga el paciente. Surge un cuadro clínico polimorfo que puede durar días o semanas. Este cuadro puede remitir o bien evolucionar hacia la siguiente etapa.

3ª) **Secuelas postraumáticas crónicas.** Comienzan algunos meses o más después del acontecimiento traumático. Ocurre cuando no se produce la recuperación de la fase anterior.

La sintomatología de las **secuelas postraumáticas crónicas** incluye una serie de alteraciones cognitivas, afectivas, psicofisiológicas y de las relaciones interpersonales, que pueden sistematizarse en torno a tres elementos sindrómicos fundamentales: el síndrome de repetición o reexperimentación traumática, las conductas de evitación-embotamiento y un estado basal de hiperactivación o hiperarousal. Este cuadro se corresponde con el Trastorno de estrés postraumático crónico de las clasificaciones internacionales (CIE-10, DSM-IV).

El elemento que se considera más característico o específico de esta trastorno es el "**síndrome de repetición traumática**" que consiste en la intrusión persistente y repetitiva de ideas, imágenes y recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático, tanto en estado de vigilia, como durante el sueño en forma de pesadillas recurrentes. Puede aparecer de forma espontánea o desencadenado al asociar situaciones que recuerden en todo o en parte el acontecimiento inicial, a veces incluso con simples acontecimientos de la vida cotidiana. La exposición a estos acontecimientos o situaciones producen en el paciente intenso malestar y un incremento de la reactividad fisiológica (hiperactividad autonómica).

El componente de evitación embotamiento aparece como defensa frente a la repetición y del malestar asociado a la exposición traumática, el paciente desarrolla, por una parte una serie de **estrategias de evitación** tanto en los aspectos cognitivos (pensamientos, ideas o recuerdos del trauma), como en los aspectos conductuales motores (situaciones, estímulos que puedan evocar recuerdos traumáticos) y, por otra parte, para evitar el desencadenamiento incontrolado del

EL DESARROLLO DE LAS SECUELAS POSTRAUMÁTICAS: FACTORES QUE INTERVIENEN Y ELEMENTOS CLÍNICOS

síndrome de repetición traumática, el sujeto desarrolla un estado de "embotamiento" o "entumecimiento", tanto en el plano cognitivo (inhibición de las funciones cognitivas: atención, concentración, memoria, asociaciones), como en el plano afectivo (pérdida de la resonancia afectiva, embotamiento emocional, disminución de la capacidad de experimentar afectos).

Por último el paciente vive en un estado de alarma persistente, con manifestaciones de hiperalerta (hipervigilancia, irritabilidad, respuestas de sobresalto) y manifestaciones de hiperactividad vegetativa (síntomas neurovegetativos).

Aparte del Trastorno de estrés postraumático, las secuelas postraumáticas pueden adoptar otras formas de expresión clínica:

- **Alteraciones disociativas:** son mas frecuentes entre las reacciones inmediatas y secuelas agudas, pero también pueden persistir bajo la forma de distintos grados de amnesia disociativa centrada en determinados aspectos del acontecimiento traumático. Se pueden observar en algunos casos de flashbacks.
- **Trastornos depresivos** que se hacen persistentes.
- **Trastornos por ansiedad**, crisis de pánico, cuadros de ansiedad generalizada y persistente, ansiedad fóbica.
- **Alteraciones del comportamiento social.** Sobre todo conductas de aislamiento, rechazo, incomprensión, impulsividad con descargas de agresividad mal controladas. Con frecuencia generan conductas de fracaso y dificultades adaptativas.
- **Abuso de sustancias (alcohol y otras drogas)** para estimularse o atenuar los síntomas de malestar.
- **Trastornos somatoformes y de conversión** (dolores, alteraciones de la sensibilidad...) y **alteraciones psicósomáticas** (ulceras gastroduodenales, crisis asmáticas...).

PERIODO DE LATENCIA

Al hablar de secuelas crónicas, implica que existe un intervalo libre de síntomas entre el acontecimiento traumático y la aparición del Trastorno de estrés postraumático. Este periodo no está tan libre de síntomas como pudiera parecer. Lo que realmente se detecta en la experiencia clínica es una variabilidad sintomatológica subclínica, que antecede prodrómicamente a la aparición del Trastorno crónico.

Prácticamente todos los autores reconocen la existencia de un periodo de latencia, aunque de

EL DESARROLLO DE LAS SECUELAS POSTRAUMÁTICAS: FACTORES QUE INTERVIENEN Y ELEMENTOS CLÍNICOS

gran variabilidad. Las clasificaciones internacionales (CIE-10, DSM-IV) fijaban arbitrariamente su duración en 6 meses, pero no es excepcional encontrar en la práctica demoras de varios años en la aparición del cuadro de Trastorno de estrés postraumático.

Así se han descrito una serie de síntomas y conductas que pueden darse en este periodo como los siguientes:

1. Conductas de aislamiento o retraimiento social.- Son muy frecuentes, oscilan desde el simple retraimiento afectivo a claras vivencias de incompreensión y hostilidad respecto al entorno. El sujeto puede mostrarse ambivalente, por un lado se vuelve cada vez más dependiente del entorno (familiar y/o profesional) y, por otro lado, cada vez duda más de la sinceridad de los demás (y considera que nada de lo que se le ofrece le satisface). En este marco no son raras las reacciones disfóricas sensitivas.

2. Dificultades adaptativas.- Se detectan, unas veces respecto al medio donde estaba desarrollando su actividad profesional, otras veces ante cambios de situación. Pueden incrementar el sentimiento de rechazo o incompreensión. A veces un sujeto que había puesto sus esperanzas en un cambio de lugar, de trabajo o de afectos, se encuentra repitiendo las mismas situaciones con la consiguiente decepción y un incremento del resentimiento.

3. Trastornos afectivos.- Los cuadros depresivos son frecuentes. Unas veces son muy evidentes, otras veces se encuentran enmascarados por alteraciones somatoformes o alteraciones de conducta. Asocia los síntomas clásicos a sentimientos de culpabilidad, autoacusaciones por la muerte de otro, sentimientos de insuficiencia e incapacidad. A veces ideas de indignidad e incurabilidad con demandas de castigos o riesgo suicida.

4. Trastornos por ansiedad.- Se observan cuadros de ansiedad generalizada, otras veces ataques de pánico y, más frecuentemente, se observan cuadros de ansiedad asociados a una situación determinada, con la estructura de una ansiedad fóbica.

5. Trastornos de somatización.- El paciente acude a múltiples consultas y especialistas con reiteradas quejas somáticas, astenia física, fatigabilidad intelectual, dificultades de memoria y de concentración, cefaleas, vértigos, etc. A veces pueden cristalizar en un trastorno psicossomático más definido.

6. Alteraciones del sueño.- Son casi constantes. El paciente refiere dificultades para dormirse, sueños frecuentes con intranquilidad, pesadillas, despertar precoz y sueño poco reparador.

7. Abuso de sustancias.- Conductas de abuso de alcohol, medicamentos o de drogas ilegales, son relativamente frecuentes, a veces son el motivo de remisión al especialista. Estas conductas complican el pronóstico, además de por su efecto propio, porque facilitan conductas de "acting out" y acentúan las actitudes de aislamiento y reivindicación. Una vez que se han establecido este tipo de conductas suelen evolucionar de forma autónoma, enmascarando la patología postraumática subyacente.

SECUELAS POSTRAUMÁTICAS CRÓNICAS

En general, corresponden al cuadro descrito en las clasificaciones internacionales como "Trastorno de estrés postraumático crónico" (CIE-10; DSM-IV), aunque, en este cuadro, no se contemplan todas las posibilidades evolutivas.

Puede aparecer de forma progresiva, pero también puede desencadenarse bruscamente, si ocurren diversas circunstancias como las siguientes:

- a. La reactualización del traumatismo por una situación que recuerde el acontecimiento como: duelo (o su conmemoración), cambio de trabajo, retiro (que implica separaciones afectivas o profesionales vividas como pérdidas insuperables), peritajes, tribunales, juicios...
- b. La aparición de un nuevo traumatismo que puede volver totalmente inoperantes los mecanismos que habían permitido controlar el acontecimiento traumático anterior. Así pueden ser: los atentados terroristas, las situaciones de guerra, tomas de rehenes, catástrofes naturales. Acontecimientos traumáticos que, a veces, pueden servir de pantalla para el primero.
- c. A veces por la caída de los ideales, sobre todo los ideales de grupo, cuando el colectivo sufre repetidos reveses. Las circunstancias son múltiples (muerte de un jefe, desgracia de un líder, descalificación de una causa).

No es infrecuente que se asocien varios de estos factores como ocurre en los casos de las víctimas de atentados terroristas.

La reexperimentación de recuerdos, preocupaciones y temores relacionados con el trauma ha sido descrito en la gran mayoría de los pacientes con este trastorno, entre el 75 % y el 85 % según los diferentes autores. Unas veces aparece espontáneamente y otras tras la aparición de determinados estímulos. Se caracteriza por:

- Son fenómenos desproporcionadamente intensos, repetitivos, involuntarios y cargados afectivamente (angustia, ira, tristeza, etc.).

EL DESARROLLO DE LAS SECUELAS POSTRAUMÁTICAS: FACTORES QUE INTERVIENEN Y ELEMENTOS CLÍNICOS

- Pueden incluir todo el acontecimiento traumático o bien aspectos parciales del mismo, como imágenes, sonidos, olores u otras sensaciones (por ejemplo el ruido de la explosión, el olor a carne quemada, el sabor de la sangre), emociones (temor, angustia, pena, cólera, rabia), pensamientos (vulnerabilidad, injusticia o desesperanza) y/o preocupaciones sobre las alternativas que debía haber tomado (posibles consecuencias de lo que hizo o dejó de hacer).
- Estos recuerdos pueden adoptar una forma fija o estereotipada. Con frecuencia se acompañan de una rumiación mental continua en la que el paciente se pregunta "¿porqué ha ocurrido esto?", "¿cuando va a acabar?" o "¿qué hacer?". Incluso puede desarrollar determinadas estrategias mentales, o rituales, para defenderse contra la angustia que le producen (las continuas repeticiones). A veces, incluso, desarrolla gestos repetidos que reproducen los movimientos de protección o de otro tipo frente a la experiencia traumática. Estos mecanismos, como en el paciente obsesivo, suelen resultar ineficaces, de modo que el sujeto vive en un continuo temor ante la amenaza de la repetición traumática que le deja agotado y desamparado.
- El estado emocional que acompaña a estos recuerdos puede incluir miedo (temor, inseguridad, ansiedad, angustia), cólera, rabia o resentimiento, pesar, dolor o aflicción, vergüenza. Pueden acompañarse de respuestas de hiperactivación y conductas motoras, a veces incapacitantes, pero también de reacciones de pánico y violencia.

La reexperimentación traumática puede afectar a otras funciones psicológicas como la conciencia. Pueden presentarse reacciones disociativas caracterizadas por un estado crepuscular de la conciencia que reproduce la vivencia traumatizante para el sujeto. También puede aparecer onirismo con fenómenos alucinatorios preferentemente visuales de carácter escenográfico, estructuralmente análogos a los sueños. Estos fenómenos se han denominado **flashbacks** y suelen aparecer relacionados con un sueño alterado, pesadillas, que con frecuencia aparecen en el momento de dormirse o del despertar (estados hipnagógicos e hipnopómpicos) o en otros estados de conciencia alterada (efecto de las drogas, estados hipnóticos o similares). Se han descrito principalmente en supervivientes de campos de concentración y en veteranos de combate, sobre todo de Vietnam.

La pesadilla traumática es una manifestación fundamental. En su forma típica reproduce de forma idéntica el acontecimiento traumático. Repite las condiciones exactas de la escena traumática, incluso con la misma intensidad y se reproduce con fijeza, a veces, casi todas las noches. A veces desaparece una temporada y vuelve a surgir, sin que el sujeto encuentre razones para ello. Confluyen aquí, el horror del contenido y el desamparo que produce su aparición inesperada. El sueño se desarrolla en un contexto de angustia mezclado con sentimientos de rabia e impotencia. El despertar brusco se produce en un estado de agitación desordenada con sudores, temblores, palpitations, hiperventilación y otras manifestaciones. Se sigue de insomnio, por el temor a que se repita la pesadilla y las rumiaciones que tiene el sujeto y se distribuyen sobre todos los estadios del

EL DESARROLLO DE LAS SECUELAS POSTRAUMÁTICAS: FACTORES QUE INTERVIENEN Y ELEMENTOS CLÍNICOS

sueño y no solamente durante el sueño REM.

La reexposición a estímulos o situaciones que, de algún modo, recuerdan o simbolizan al acontecimiento traumático, provocan en el sujeto intenso malestar. Con gran frecuencia desencadenan una crisis de ansiedad con manifestaciones vegetativas diversas (taquicardia, sudoración, opresión y dolor precordial, sofocos, escalofríos, etc.).

Las conductas de evitación y embotamiento aparecen como un mecanismo defensivo. Así el sujeto desarrolla conductas de evitación de todo lo que pueda recordar el suceso traumático o asociarse con él, así como un progresivo embotamiento de su capacidad de respuesta. Estas conductas son estrategias que el paciente emplea para defenderse frente a la exposición de los estímulos traumáticos. Las conductas de evitación son procesos activos para evitar la reexposición traumática. Las conductas de embotamiento están mediadas por procesos más automáticos y son resultado de un estado de hiperactivación (hiperarousal) incontrolable.

Estas conductas pueden agravar el trastorno, acentuando el retraimiento y el aislamiento social, junto a un progresivo abandono de las actividades del paciente.

Por medio de la evitación cognitiva procura no tener pensamientos, conversaciones, imágenes o sentimientos relacionados con el trauma, incluso con cierta frecuencia presenta amnesias selectivas sobre determinados recuerdos del acontecimiento traumático. Por medio de conductas de evitación motoras, se evitan lugares o situaciones que recuerdan de algún modo la situación traumática.

Son frecuentes las fobias aisladas, las fobias sociales y la agorafobia que limitan progresivamente las actividades de los sujetos.

Se produce una inhibición y el embotamiento de la actividad general del individuo que se traduce en una inhibición de los procesos cognitivos con dificultades de atención, concentración, memoria y disminución del rendimiento intelectual. Se aprecian sentimientos de desapego y extrañeza. El paciente se encuentra apático, desinteresado, restringe su vida afectiva con disminución de las capacidades empática, amorosa y de la experiencia de intimidad. Asimismo se observa también una pérdida de la visión de futuro, desinterés por planes y metas y abandono de perspectivas gratificantes (matrimonio, profesión, ocio).

Este tipo de conductas se asocia a los cuadros de evolución más crónica y persistente y como tal es un síntoma de mal pronóstico.

EL DESARROLLO DE LAS SECUELAS POSTRAUMÁTICAS: FACTORES QUE INTERVIENEN Y ELEMENTOS CLÍNICOS

La hiperactivación como elemento sindrómico del cuadro se traduce en una serie de síntomas como alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultades de concentración, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada. El sujeto se encuentra en un estado de alerta permanente, como si la situación del traumatismo pudiera resurgir en cualquier momento. Se adopta una actitud defensiva, tanto frente al exterior que percibe como una amenaza indefinible, como respecto a su mundo interno cuando se trata de un pensamiento, o bien de una sensación corporal que recuerda al trauma. Este estado de hipervigilancia llega a prevenir y bloquear toda nueva percepción, a fin de evitar el efecto sorpresa.

Se pueden observar crisis emotivas con sobresalto, angustia, temblor más o menos generalizado, crisis de lágrimas. En otros casos, la reacción se traduce en cóleras, rotura de objetos o gestos heteroagresivos. La irritabilidad es bastante frecuente en las relaciones interpersonales.

Estos pacientes como resultado de la hiperactivación autonómica pueden presentar síntomas como: disnea, mareos, inestabilidad, sofocos, taquicardia, dolor torácico, sudoración, cefaleas, náuseas, malestar abdominal, parestesias, disestesias, temblores...

Por último, otra sintomatología puede presentarse como alteraciones de la sensibilidad, especialmente al dolor (hiper o hipoalgesias), anormalidades de la percepción, como la extrañeza de sí mismo o del entorno (despersonalización, desrealización). También puede darse la aparición de ilusiones afectivas y falsos reconocimientos que pueden transformar objetos y acontecimientos banales en otros relacionados con la situación traumática. También alteraciones en la atención, concentración, memoria, incluso el estado de ánimo acentúa los aspectos negativos y peyorativos de los recuerdos traumáticos. No es infrecuente el desarrollo sobrevalorado o delirioide sobre actitudes de reivindicación o renta. Puede conducir incluso a una adaptación paranoide en la que el sujeto culpa a los demás y rechaza la aceptación de responsabilidades.

Ahora bien, no se pueden olvidar lo que se denominan las formas menores o incompletas del Trastorno de estrés postraumático y que son frecuentes en la práctica clínica. Estas formas ignoradas son probablemente más frecuentes que los datos que proporcionan las estadísticas. Entre estas formas se encuentran:

- Formas **frustradas** del Trastorno de estrés postraumático con escasa repercusión sobre la vida social del paciente. En estos casos los sujetos o no consultan, o lo hacen por trastornos del sueño, ansiedad o manifestaciones depresivas. Otras veces es el entorno que padece sus reacciones (irritabilidad) el que demanda la asistencia.
- Formas "**socialmente no declaradas**" en las que la sintomatología puede estar presente pero por determinados factores como el status social del sujeto o síntomas como culpabilidad o vergüenza les lleva al disimulo u ocultación del cuadro clínico.
- Formas "**subclínicas**" o "**incompletas**", con un nivel sintomatológico de intensidad suficiente para afectar el bienestar clínico psicológico, pero sin cumplir los criterios clínicos que se exigen

EL DESARROLLO DE LAS SECUELAS POSTRAUMÁTICAS: FACTORES QUE INTERVIENEN Y ELEMENTOS CLÍNICOS

para el diagnóstico de Trastorno de estrés postraumático.

Existen además Formas complicadas que se refieren a la frecuente asociación entre el Trastorno de estrés postraumático con otro trastorno psiquiátrico (depresión, ansiedad, abuso de sustancias o alteración de la conducta), cuadro relativamente frecuente y que exige un abordaje terapéutico especial.

Pero la cronicidad del trastorno también nos puede dar lugar a una alteración persistente de la personalidad, de duración más prolongada e imprecisa. No es infrecuente encontrar individuos que evolucionan de forma crónica con escasos cambios clínicos singularmente hacia una **transformación persistente de su personalidad.**

La transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica ha sido incluida como patología psiquiátrica dentro de los Trastornos de la personalidad en la CIE-10 (F60-F69) y a su vez en el apartado correspondiente a Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral (F62); codificada dentro de este grupo como F62.0. Sin embargo, no está incluida en la clasificación de la A.P.A. (DSM-IV). Incluye anomalías de la personalidad y del comportamiento en la edad adulta que, como consecuencia de catástrofes o exposiciones prolongadas a estrés excesivos se han presentado en personas que previamente no habían puesto de manifiesto trastornos de la personalidad. El diagnóstico incluido en este apartado sólo debe hacerse cuando haya una clara evidencia de un cambio definido y duradero del modo como el enfermo se percibe, se relaciona o piensa sobre el entorno y de sí mismo. La transformación de la personalidad debe ser significativa y acompañarse de un comportamiento rígido y desadaptativo, que no estaba presente antes de la experiencia traumática. La alteración no debe ser una manifestación de otro trastorno mental o síntoma residual de cualquier otro trastorno mental previo. Estas transformaciones o cambios de la personalidad duraderos suelen presentarse después de experiencias traumáticas de una intensidad extraordinaria. Puede ser difícil la diferenciación entre los rasgos de personalidad adquiridos y el desenmascaramiento o exacerbación de un trastorno de la personalidad tras una situación estresante. Las transformaciones duraderas de la personalidad deberán ser diagnosticadas únicamente cuando el cambio constituya una manera de ser permanente y diferente, cuya etiología pueda referirse a una experiencia profunda y existencialmente extrema. La transformación persistente de la personalidad puede aparecer tras la experiencia de una situación estresante catastrófica. El estrés debe ser tan extremo como para que no se requiera tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad. Son ejemplos típicos: experiencias en campos de concentración, torturas, desastres y catástrofes y exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida como el secuestro, guerra, cautiverio prolongado con la posibilidad inminente de ser ejecutado o asesinado, víctimas de actos terroristas, violaciones,...

Esencialmente a la hora de hacer el diagnóstico se considerarán la presencia de rasgos previamente ausentes como los siguientes:

EL DESARROLLO DE LAS SECUELAS POSTRAUMÁTICAS: FACTORES QUE INTERVIENEN Y ELEMENTOS CLÍNICOS

1. Actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el entorno.
2. Aislamiento social.
3. Sentimientos de vacío o desesperanza.
4. Sentimiento permanente de "estar al límite", como si se estuviera constantemente amenazado.
5. Vivencia de extrañeza de sí mismo.

Sin embargo, la evolución natural del trastorno depende sobre todo de la estabilidad de las disposiciones adoptadas alrededor del traumatismo, en particular el mantenimiento de una actividad profesional y de relaciones afectivas y sociales. Estos sujetos son especialmente vulnerables a los acontecimientos de la existencia (jubilación, separación, un duelo, un aniversario, hospitalización, etc) y tienden a reaccionar con sentimientos de fracaso y/o conductas de evitación y retraimiento social.