



7º Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2006

Disforia: Un factor diagnóstico ausente en el T.E.P.T. – D.S.M.

(Dysphoria: An absent diagnostic factor in P.T.S.D. - D.S.M.)

Mario Araña Suarez*, Jose Luis Pedreira Massa; David Bussé i Olivé***.**

* Departamento P.E.T.R.A., U.L.L., Investigador
Sociedad Científica ACAPÍ-PSICONDEC, Director
Contacto; e-mail: marasuar@ull.es; tfno +34 669024320

** Hospital Universitario Niño Jesús
Universidad Autónoma de Madrid

*** Centro de Salud Mental de Adultos Horta- Guinardó, Barcelona
Centro Español de Psiquiatría Basada en la Evidencia, Director

(*) Ausencia de Conflictos de Interés, Declarada

PALABRAS CLAVE: Trastorno por Estrés Postraumático, Síntomas, Categorías, Disforia.

(KEYWORDS: Posttraumatic Stress Disorder, Symptoms, Categories, Dysphoria.)
[21/2/2006]

Resumen

Revisamos la composición de las categorías reconocidas actualmente para el Trastorno por Estrés Postraumático en el Manual D.S.M., a partir de los estudios efectuados en población traumatizada, y en población general asistencial. Se sugiere la posibilidad de incluir el término Disforia como categoría sintomatológica presente en el Trastorno Por Estrés Postraumático, en futuras ediciones del Manual D.S.M.

Abstract

In this paper, we reviewed the composition of the categories recognized for the Posttraumatic Stress Disorder in the Manual D.S.M., from the carried out studies in traumatized population, and general population. The possibility is suggested of including the Dysphoria term like a symptomatic category present in the Posttraumatic Stress Disorder, in future editions of the Manual D.S.M.

Introducción

Profundizando en la clarificación de las 'inconsistencias teóricas' [1,2] que encontramos en los DSM, para el Trastorno por Estrés Postraumático, procedemos en este trabajo a continuar [3,4,5] la revisión de los estudios empíricos que han analizado la estructura factorial de los síntomas subyacentes en las respuestas al trauma, a partir del análisis de los síntomas – según el tipo de trauma, en primer lugar; posteriormente, a partir del análisis en la población asistencial general.

Modelos Centrados en el Tipo de Trauma

Comenzando por los trabajos que analizan esta sintomatología en sujetos con experiencias traumáticas detectadas previamente: por ejemplo, algunos autores han cuestionado [6] la idoneidad de presentar conjuntamente los síntomas de evitación y embotamiento en el criterio C del DSM-III [7]; entre otros estudios, posteriormente [8, 9, 10] han continuado afirmando que estos dos conjuntos de síntomas, constituyen categorías distintas y debería reformularse su ubicación en el Manual.

Dos primeros Análisis Factoriales Confirmatorios [11,12] , muestran esta disconformidad con la agrupación de síntomas representada en el DSM. Basados en las respuestas ofrecidas por veteranos de Vietnam - utilizando la Escala de Síntomas Traumáticos de Mississippi [11] -encuentran un factor de segundo orden, Trastorno por Estrés Post-Traumático, explicado por cuatro factores de primer orden: reexperimentación- evitación situacional, embotamiento emocional, sobreactivación-sensación de pérdida de control, y culpabilización.

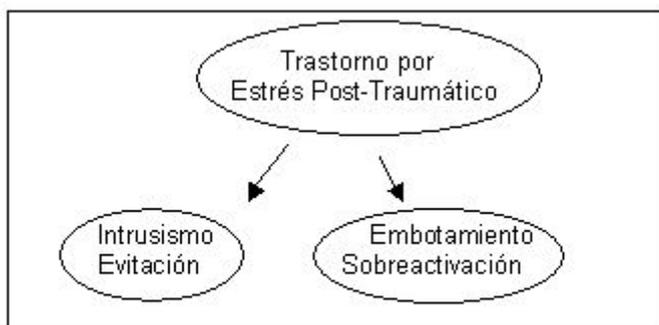


Tabla 1.- Cuatro Factores, en King y King [10]

Por su parte, Foa et al. [13], en un análisis factorial exploratorio para estudiar las respuestas traumáticas en víctimas de asalto, encuentra tres factores – activación/evitación, embotamiento, e intrusismo -, que difieren de la descripción del DSM (reexperimentación, evitación, activación, en el DSM-III-R [14,15] ; reexperimentación, evitación-embotamiento, activación, en el DSM-IV [16,17], y DSM-IV-TR [18,19]).

No satisfechos con estos hallazgos, King et al. [11] - utilizando otro instrumento, la entrevista clínica estructurada CAPS - realizan un Análisis Factorial Confirmatorio, comparando la estructura factorial de los cinco tipos de modelos distintos que se habían estado ofreciendo para el Trastorno por Estrés Post-Traumático que mostramos a continuación (tabla 2, 3, 4, 5,6) :

a.- Modelo Jerárquico de Dos Factores, consistente con los hallazgos de Hendrix et al. [20]: Intrusismo-Evitación, Embotamiento-Sobreactivación (Tabla 2).



A partir de King et al. [11]

Tabla 2.- Modelo Jerárquico de dos factores, en King et al. [11]

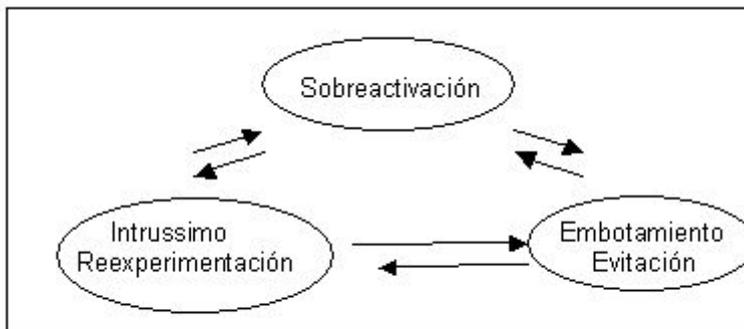
b.- Modelo Jerárquico de Tres Factores, asumido por el DSM, desde el III-R: Intrusismo-Reexperimentación, Evitación-Embotamiento, Sobreactivación.



A partir de King et al. [11]

Tabla 3.- Modelo Jerárquico de Tres factores, en King et al. [11]

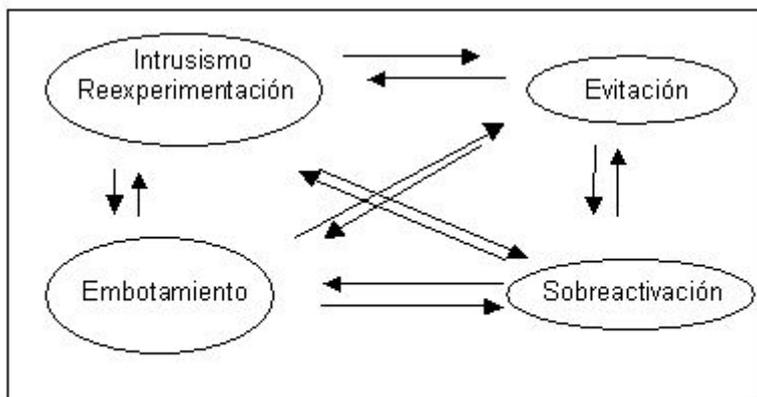
c.- Modelo de Tres Factores Intercorrelacionados.



A partir de King et al. [11]

Tabla 4 .- Modelo de Tres Factores intercorrelacionados, en King et al. [11]

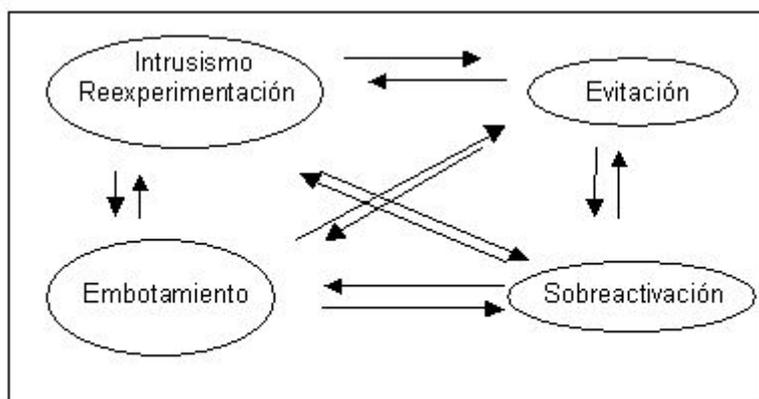
d.- Modelo de Cuatro Factores: Reexperimentación, Evitación, Embotamiento, y Sobreactivación.



A partir de King et al. [11]

Tabla 5.- Modelo de Cuatro Factores, en King et al. [11]

e.- Modelo de Cuatro Factores Intercorrelacionado: Reexperimentación, Evitación, Embotamiento, e Hiperactivación.



A partir de King et al. [11]

Tabla 6 .- Modelo de Cuatro Factores Intercorrelacionados, en King et al. [11]

De estas propuestas analizadas [11], se considera al Modelo de Cuatro Factores Interrelacionados (tabla 6), el más apropiado para comprender la totalidad de los síntomas del Trastorno por Estrés Post-Traumático, debido a la covarianza multidimensional – ‘comunalidad’ [21] - de síntomas [11, 12].

Aunque en el DSM-IV-TR [18, 19] aún permanecen de la misma forma, los síntomas de embotamiento podrían ser ‘especialmente importantes’ [13] para identificar a los sujetos con T.E.P.T., los cuales presentarían dos patrones de síntomas destacados: una reacción fóbica secundaria, a la presencia de un T.E.P.T. principal.

La evitación, sería un esfuerzo estratégico tendente a reducir el malestar asociado a los recuerdos traumáticos; mientras que el embotamiento derivaría del fracaso producido al no poder controlar el malestar generado por la sobreactivación.

Recientemente [22] se explora la interacción embotamiento-arousal-intrusismos-evitación, en víctimas de asalto, encontrando la existencia de un factor principal de estrés post-traumático, con el que correlacionan principalmente embotamiento-activación y evitación-intrusismos, semejante a los hallazgos mostrados [6, 9, 23].

En el análisis factorial con rotación oblicua [23] efectuado para captar la relación entre factores, comparando 103 víctimas de accidentes de tráfico con 419 miembros de las fuerzas de paz en Bosnia, encontramos dos soluciones factoriales estables – para ambos grupos - que comprenden intrusismo y evitación (con síntomas de los criterios B y C, DSM), e hiperactivación y embotamiento (con síntomas de los criterios C y D, del DSM).

El primer factor, denominado Intrusismo y Evitación, incluye todos los síntomas del conjunto ‘criterio B’ del DSM, así como la evitación conductual y cognitiva mencionada en el ‘criterio C’.

En el segundo factor, Hiperactivación y Embotamiento, emergen los restos de los síntomas del ‘criterio C’, y la mayoría de los síntomas de activación mencionados como ‘criterio D’, en el DSM.

Tal como comprobamos en la tabla 7, una estructura diferenciada, con síntomas específicos numerados como en el DSM-IV [16,17] , para el Trastorno por Estrés Post-Traumático.

Trastorno por Estrés Post-Traumático	
Intrusivos y Evitación	Hiperactivación y embotamiento
B 1 Recuerdos recurrentes, intrusos, con imágenes, pensamientos, o percepciones	C 3 Incapacidad recordar aspectos trauma
B 2 Sueños recurrentes	C 4 Reducción acusada del interés o participación en actividades significativas
B 3 Conductas y sentimientos súbitos, de reexperimentación	C 5 Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
B 4 Malestar psicológico intenso ante Estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan el trauma	C 6 Restricción de la vida afectiva
B 5 Respuesta Fisiológica ante exposición a estímulos internos o externos	C 7 Sensación de futuro desolador
C 1 Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos, conversaciones sobre el suceso traumático	D 1 Dificultades para conciliar o mantener el sueño
C 2 Esfuerzos por evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma	D 2 Irritabilidad o ataque de ira
D 4 Hipervigilancia	D 3 Dificultades para concentrarse
D 5 Respuesta de sobresalto exagerado	

A partir de la versión castellana del DSM-IV [16, 17]

Tabla 7.- Modelo de dos Factores Jerárquicos encontrados por Taylor et al.[23].

Este propuesta jerárquica [23], es coincidente con el modelo de explicación de la conducta animal formulada por Foa et al. [6], 'los recuerdos intrusivos del trauma, generan síntomas de evitación'; 'la hiperactivación crónica, provoca el embotamiento'.

Posteriormente, Buckley et al. [24] efectúan una réplica del modelo bifactorial con una muestra idéntica - a una, de los dos tipos de población analizados por Taylor, et al. [23] -, 217 supervivientes de accidentes de tráfico graves, confirmando la idoneidad del modelo bifactorial para explicar las relaciones entre síntomas post-traumáticos, al menos, para este tipo de muestras (Tabla 8).

Síntomas	Factores	
	Intrusismos y Evitación	Hiperactiv. y Embotam.
B 1 Recuerdos recurrentes, intrusos, con imágenes, pensamientos, o percepciones	0.68	
B 2 Sueños recurrentes	0.69	
B 3 Conductas y sentimientos súbitos, de reexperimentación	0.47	
B 4 Malestar psicológico intenso ante Estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan el trauma	0.76	
B 5 Respuesta Fisiológica ante exposición a estímulos internos o externos	0.64	
C 1 Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos, conversaciones sobre el suceso traumático	0.73	
C 2 Esfuerzos por evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma	0.80	
C 3 Incapacidad recordar aspectos trauma		0.32
C 4 Reducción acusada del interés o participación en actividades significativas		0.77
C 5 Sensación de desapego o enajenación frente a los demás		0.94
C 6 Restricción de la vida afectiva		0.80
C 7 Sensación de futuro desolador		0.69
D 1 Dificultades para conciliar o mantener el sueño		0.63
D 2 Irritabilidad o ataque de ira		0.67
D 3 Dificultades para concentrarse		0.79
D 4 Hipervigilancia	0.52	
D 5 Respuesta de sobresalto exagerado	0.51	

A partir de la tabla 2. en Buckley, Blanchard, Hickling [24]

Tabla 8.- Confirmación del modelo bifactorial, por Buckley, Blanchard, Hickling [24]

Aún con las limitaciones que pueden objetarse a estos estudios, y a pesar de la vaguedad con que son mencionados estos términos en el DSM (criterios D4 y D5), [24], la Hipervigilancia, junto a la respuesta de Sobresalto, actuarían como mecanismo cognitivo estratégico, coadyuvante en la minimización del daño traumático, favoreciendo el incremento de la sensación de seguridad.

Taylor, et al. [23], ya sugerían la posibilidad de que aparecieran otros Modelos Jerárquicos diferentes a su propuesta Bifactorial, a partir del momento en que se ampliaran los ítems de evaluación, 'añadiendo parámetros' [21] de rastreo sintomatológico.

Análisis a partir de Población Asistencial General

Frente a estos modelos centrados principalmente en los tipos de traumas, otro grupo de autores, [25], analizan el cuadro sintomatológico de las experiencias traumáticas, en pacientes que acuden a Centros de Atención Primaria por problemas médicos habituales.

Para estos otros autores, es el Modelo Jerárquico de Cuatro Factores la única solución factorial que apresa la totalidad de los síntomas – evaluados según los criterios presentes en el DSM-IV [16,17] -, tal como mostramos en la tabla 9.

Recordemos que Taylor et al. [23], ya sugirieron la posibilidad de que aparecieran otros Modelos Jerárquicos diferentes a su propuesta Bifactorial, a partir del momento en que se ampliaran los ítems de evaluación, de rastreo sintomatológico.

Existen diferencias y similitudes conceptuales [25] entre los diversos modelos analizados - en distinto tipo de poblaciones -, cada uno de los cuales apresa alguna parte significativa de la totalidad del cuadro.

Síntomas	Factores			
	Intrusismos y Reexperimentación	Evitación	Embotamiento	Sobreactivación
B 1 Recuerdos recurrentes, intrusos, con imágenes, pensamientos, o percepciones	0.76			
B 2 Sueños recurrentes	0.81			
B 3 Conductas y sentimientos súbitos, de reexperimentación	0.64			
B 4 Malestar psicológico intenso ante Estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan el trauma	0.77			
B 5 Respuesta Fisiológica ante exposición a estímulos internos o externos	0.71			
C 1 Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos, conversaciones sobre el suceso traumático		0.79		
C 2 Esfuerzos por evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma		0.85		
C 3 Incapacidad recordar aspectos trauma			0.67	
C 4 Reducción acusada del interés o participación en actividades significativas			0.80	
C 5 Sensación de desapego o enajenación frente a los demás			0.83	
C 6 Restricción de la vida afectiva			0.74	
C 7 Sensación de futuro desolador			0.67	
D 1 Dificultades para conciliar o mantener el sueño				0.55
D 2 Irritabilidad o ataque de ira				0.76
D 3 Dificultades para concentrarse				0.76
D 4 Hipervigilancia				0.71
D 5 Respuesta de sobresalto exagerado				0.69

A partir de Asmundson, Frombach, McQuaid, Pedrelli, Lenox, Stein [25]

Tabla 9.- Análisis en población asistencial general de Asmundson, Frombach, McQuaid, Pedrelli, Lenox, Stein [25]

Disforia

Pero las características individuales de cada ser humano que sufre un tipo de experiencia traumática concreta, podría desequilibrar el peso relativo de los componentes factoriales y sintomáticos subyacentes al mismo cuadro diagnóstico, el síndrome general de Estrés Post Traumático [26], desde el momento en que, además, se emplean instrumentos con ítems distintos para evaluar.

Así, se detecta [27] la existencia de varios síntomas de sobreactivación – irritabilidad, dificultades de concentración, y en el sueño – que sugieren disforia, y no han sido considerados en los estudios previos que indicaban la presencia de otros síntomas de sobreactivación más evidentes, como hipervigilancia, y respuesta exagerada de sobresalto.

Evaluando a veteranos de la Guerra del Golfo [27], respecto a otros tipos de personal militar que no estuvo expuesto en esta contienda, se propone la inclusión en el cuadro, de un factor disfórico conformado por los síntomas de sobreactivación y embotamiento emocional – analizados anteriormente [23] –, intercorrelacionado con el resto de los tres factores presentes en el Modelo de interacción, aceptados por el DSM-IV [16,17], y en [12].

Un factor central rotulado como disforia, apresando los síntomas de evaluación negativa del sí mismo, depresión, ideación suicida [28], en forma ‘aguda’ o ‘crónica’ [29], propuesto recientemente [30], como ‘postraumatic mood disorder,’ para la comorbilidad depresión con tept.

Estado de ánimo disfórico, que ya aparece en el DSM-IV-TR [19, 20] -“ Apéndice B: criterios y ejes propuestos para estudios posteriores” –, por ejemplo, dentro del ‘Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo’, con características diagnósticas adicionales: dificultades de concentración, memoria, trastornos del sueño, fatiga, falta de energía, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación de peligro, desesperanza, pesimismo ante el futuro, baja autoestima, sentimientos de inutilidad.

El Manual DSM [19,20], confiesa que ‘se desconoce la relación longitudinal con otros trastornos’, situando este patrón sintomatológico como un factor de ‘riesgo’ en el desencadenamiento de otros desordenes, ‘mentales’, con los cuales puede ‘solaparse’.

Pero no cuestiona – como hemos señalado [3,4,5]- la modulación que proporcionan otras variables como ‘la atención clínica recibida’ previamente [31], en el ‘mantenimiento de estas disfunciones’ [32], en un estado de ánimo disfórico persistente e intenso, que parece estar presente en el Trastorno por Estrés Postraumático.

Manifestándose como una perturbación o malestar general con ‘ansiedad e inquietud’ [33], ‘excitación y excitabilidad’ [34], ‘embotamiento del interés, y un sentimiento general de insatisfacción; donde el sujeto aparece desengañado, desencantado’ [35], quizás, hasta con el propio clínico, que no debería olvidar [36] la necesidad de indagar la presencia, o existencia, de algún factor etiocrónico patonogmónico, como desencadenante principal, entre los antecedentes del paciente.

Referencias Bibliográficas

- [1] McMillen, J., North, C., Smith, E.. What parts of PTSD are normal: Intrusion, Avoidance, or Arousal ?. Data from the Northridge, California, Earthquake. *Journal of Traumatic Stress*, 2000;13(1).
- [2] González Rivera, J.L. Nosología psiquiátrica del estrés. *Psiquis*, 2001;22.
- [3] Araña Suárez, M. . Pedreira Massa, JL, Porrás Obeso, S. Parcial, Simple, Complejo: subtipos de estrés postraumático pendientes de inclusión en el DSM. VII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, 2006. Accesible en www.interpsiquis.com .
- [4] Araña Suárez, M., Bussé i Oliva, D., Pedreira Massa, JL. Síntomas Restrictivos en el Actual Criterio 'C' del T.E.P.T.-D.S.M.: un problema clínico, psicopatológico, forense. VII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, 2006. Accesible en www.interpsiquis.com .
- [5] Araña Suárez, M., Porrás Obeso, S., Bussé i Oliva, D.. Insuficiencias en el TEPT-DSM, a partir de la Escala de Evaluación del Impacto de Eventos. VII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, 2006. Accesible en www.interpsiquis.com .
- [6] Foa, E., Zinbarg, R., Tofhbaum, B. Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: an animal model". *Psychol Bull*, 1992;112.
- [7] American Psychiatric Associattion. DSM-III, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th Edition. A.P.A., Washington, D.C.;1980.
- [8] Litz, B.T. Emotional numbing in combat related posttraumatic stress disorder: a critical review and reformulation. *Clin Psychol Rev*, 1992; 12.
- [9] Litz, B.T., Schlenger, W., Weathers, F., Caddell, J., Fairbank, J., LaVange, L. Predictors of emotionalnumbing in posttraumatic stress disorder. *J Traum Stress*, 1997;10.
- [10] McFarlane, A. Avoidance and intrusion in post-traumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*, 1992;180.
- [11] King, L., King, D. Latent structure of the MississippiScale for Combat Related Post-traumatic Stress Disorder: exploratory and higher-order confirmatory factor analices. *.Assessment*, 1994;1.
- [12] King, D., Leskin, G., King, L., Weathers, F. Confirmatory factor analysis of the clinician-measure of posttraumatic stress disorder. *Assessment*, 1998;2.
- [13] Foa, E., Riggs, D., Gershuny, B. Arousal, numbing, and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. *Am J Psych*, 1995;152.
- [14] American Psychiatric Associattion. "DSM-III-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th Edition., rev. A.P.A., Washington, D.C.; 1987.
- [15] American Psychiatric Associattion. DSM-III-R, Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 3ª edición revisada, Masson, Barcelona; 1988.
- [16] American Psychiatric Associattion. DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,

4th Edition. A.P.A., Washington, D.C.; 1994.

[17] American Psychiatric Association. DSM-IV, Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, Masson, Barcelona;1995.

[18] American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, rev. A.P.A., Washington, D.C.; 2000.

[19] American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición revisada, Masson, Barcelona; 2002.

[20] Hendrix, C., Jurich, A., y Schumm, W. Validation of the Impact of Event Scale on Vietnam Veterans. *Psychiatry Rep*, 1994;74.

[21] Batista-Foguet, J., Coenders, G., Alonso, J. Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 2004;122, supl 1.

[22] Feuer, C., Nishith, P., Resick, P. Prediction of numbing and effortful avoidance in female rape survivors with chronic PTSD. *J Traum Stress*,2005;18(2).

[23] Taylor, S., Koch, W., Kuch, K., Crockett, D., Passy, G. The structure of posttraumatic stress symptoms. *J Abnormal Psychol*, 1998;107.

[24] Buckley, T., Blanchard, E., Hickling, E.. A confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms. *Behav Res Ther*,1998;36.

[25] Asmundson, G., Frombach, I., McQuaid, J., Pedrelli, P., Lenox, R., Stein, M. Dimensionality of posttraumatic stress symptoms: a confirmatory factor analysis of DSM-IV symptom clusters and other symptom models. *Behav Res Ther*, 2000;38.

[26] González de Rivera y R., JL. El Síndrome Postraumático de Estrés: una revisión crítica. En Esbec Rodríguez, E., Rodríguez Pulido, F., y Gonzalez de Rivera R., JL. *Psiquiatría Legal y Forense*. Editorial Colex, 1994. Madrid.

[27] Simms, L., Watson, D., y Boebbeling, B. Confirmatory factor analyses of posttraumatic stress symptoms in deployed and nondeployed veterans of the Gulf War. *J Abnormal Psychol*, 2002);111.

[28] Frank, R.G., Chaney, J.M., Clay, D.L., Shutty, M.S., Beck, N.C., Kay, D.R., Elliot, T.R., Grambling, S. Dysphoria: a major symptom factor in persons with disability or chronic illness". *Psychiatry Res*, 1992;43 (3).

[29] Klein, D.F. Endogenous depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1974;31.

[30] Sher, L. The concept of post-traumatic mood disorder. *Med. Hypotheses*, 2005;65 (2).

[31] Neller, D., Denney, R., Pietz, C., Thomlinson, R. (2005). Testing the trauma model of violence. *J Fam Violence*,2005;20(3).

[32] Van der Hout, M., Engelhard, I. Pretrauma neuroticism, negative appraisals of intrusions, and severity of PTSD symptoms. *J Psychopath Behav Assessment*, 2004;26 (3).

[33] Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Salvat, 1980;Barcelona.

[34] Dorsch, F. Diccionario de Psicología. Herder, 1985; Barcelona.

[35] Larousse. Diccionario de Psicología. Larousse Planeta, 1996;Barcelona.

[36] González de Rivera R.JL. Nosología Psiquiátrica del Estrés. Psiquis, 2001;22:1-7.