

Fase aguda de estrés postraumático en los accidentes de tránsito

Dr. César Carvajal A.
Médico Psiquiatra.
Departamento de Psiquiatría Clínica Las Condes
y Facultad de Medicina Universidad de los Andes.

Resumen

Uno de los aspectos importantes de los accidentes de tránsito son las posibles repercusiones derivadas del trauma psíquico. Toda persona que se expone a un hecho traumático puede reaccionar de diversas maneras, desde algunos síntomas aislados hasta un cuadro psicótico. El espectro de los trastornos por estrés postraumático abarca gran parte de estas reacciones. En este artículo se revisa el concepto de estrés postraumático, su clínica, su epidemiología, los aspectos neurobiológicos y las principales consideraciones para el tratamiento. Se pone especial atención a las variables psicológicas que intervienen en el escenario del accidente automovilístico y las medidas a adoptar por los distintos participantes. Además, se incluye información relacionada con la experiencia de un equipo de salud mental chileno en víctimas de accidentes de tránsito. Se establecen los criterios para la sospecha diagnóstica y el manejo inicial de los síntomas agudos postraumáticos.

INTRODUCCIÓN

Sin duda que para cualquier médico o miembro del equipo de salud, el término trauma -y especialmente su abordaje inicial- lo relacionará con impacto y con emergencia terapéutica. La participación de rescatistas, de bomberos, de la policía, de los equipos médicos, las maniobras iniciales en el lugar del accidente o de la catástrofe, las ambulancias, el eventual traslado aeromédico y el posterior ingreso a los servicios de urgencia constituyen las primeras etapas en la atención de un paciente víctima de algún trauma agudo. Desde la perspectiva de la medicina somática, un paciente que presenta los efectos de un trauma agudo debe ser manejado con la mayor eficacia y lo más precozmente posible para evitar que fallezca. También se debe tratar de reducir las posibles secuelas. Pero, junto con esta aproximación que es indiscutible para el correcto actuar médico, no podemos olvidarnos de las repercusiones psíquicas de cualquier situación traumática.

Una persona que se expone a un hecho traumático podrá reaccionar de diversas maneras; desde algunos síntomas aisla-



dos (como palpitaciones, taquicardia, sudoración y angustia) autolimitados, hasta la aparición de un cuadro psicótico agudo con alteración cualitativa de la conciencia, muchas veces de difícil tratamiento. Dentro del amplio abanico de posibles trastornos psiquiátricos que pueden aparecer como respuesta al trauma, destacan los que se engloban en la denominación de espectro postraumático. En la nosología psiquiátrica internacional el término de trastorno por estrés postraumático (TEPT) apareció recién en 1980 en Estados Unidos, en la Clasificación Diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana (tercera versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III* (1)). Si bien los elementos clínicos del TEPT fueron referidos ya en descripciones de la Grecia clásica (sobrevivientes de la Batalla de Maratón), uno de los legados de la Guerra de Vietnam fue el reconocimiento de este cuadro en medicina en general y en la nosología psiquiátrica en particular. Entre los trastornos del espectro postraumático está el TEPT, el trastorno agudo por estrés y los trastornos de adaptación con síntomas de estrés postraumático (2).

El TEPT engloba dos conceptos de gran trascendencia, el de estrés y el de trauma. El estrés desde la perspectiva médica se refiere a la capacidad de adaptación que tiene un organismo frente a una determinada demanda. Se produce por lo tanto una respuesta inespecífica que puede resultar benéfica y adaptativa (eustrés) o bien puede traducirse en una mala adaptación con características patológicas que afectan componentes neuroendocrinos, inmunológicos, emocionales y conductuales, cuando se superan las capacidades de adaptación (distrés). Las demandas a que es sometido un sujeto son percibidas como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica. Cabe destacar que la respuesta de estrés en los pacientes con TEPT no corresponde a una exageración de la respuesta normal de estrés, sino que tie-

ne una serie de indicadores biológicos y psíquicos que la individualizan para este cuadro clínico.

Por otra parte, el concepto de trauma (que proviene de herida en griego) alude al impacto emocional que puede provocar un determinado suceso, el cual puede expresarse tanto en manifestaciones psíquicas como físicas. Inicialmente se consideraron factores causales del TEPT las guerras, con todo lo que ellas implican, los desastres naturales, los accidentes graves y las situaciones de abuso físico y sexual tanto en mujeres como en niños. Desde 1994 se ha ampliado la definición de estresor, y ya no se privilegia el considerar que la situación traumática sea solamente aquella en la cual se sobrepasan las experiencias habituales de la vida. De esta forma es que se incluyeron cinco grupos de hechos traumáticos: el presenciar una muerte, el ser amenazado de muerte, el sufrir graves lesiones físicas, el estar amenazado en la propia integridad o el presenciar amenaza de la integridad de terceros. Además, se agregó como criterio diagnóstico la respuesta emocional del paciente, la cual puede ser de intenso temor, desamparo u horror. Así se rescató la importancia de la respuesta individual al hecho traumático, la que debe evaluarse en conjunto con la gravedad y duración del estresor. En la vida civil las principales causas de TEPT son las agresiones sexuales, la agresión física y los accidentes vehiculares. En este artículo se revisarán las consecuencias psíquicas de los accidentes de tránsito, con especial atención a la primera etapa de la evolución de un trastorno por estrés postraumático.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Cuando se considera la frecuencia y la gravedad de los accidentes de tránsito, éstos constituyen la principal causa de TEPT en la población civil (3). En estudios que han evaluado a víctimas de accidentes de tránsito que han sido atendidas en servicios de urgencia, se ha encontrado que

el 11% de ellas ha desarrollado un TEPT durante el primer año post accidente (4), y en el 23% se ha realizado el diagnóstico de TEPT a los tres meses post accidente. Esta última cifra se redujo al 16,5% en la evaluación al cabo de un año (5).

Cuando el accidente vehicular ha provocado lesiones físicas, el porcentaje de TEPT se incrementa, alcanzando valores del 39% a 44% (6, 7). Del mismo modo, resulta interesante constatar que cuando la exploración clínica se realizó precozmente, se encontraron síntomas moderados de trastorno agudo por estrés en el 34,5% de los casos y síntomas graves en el 26,4% durante la primera semana post accidente; la reevaluación al cabo de ocho meses evidenció un TEPT grave en el 26,7% de los pacientes (8).

La frecuencia de jóvenes que sufren accidentes de tránsito está en franco aumento. Un estudio que incluyó 93 jóvenes entre 10 y 16 años, que habían ingresado a un servicio de urgencia a raíz del accidente y que se entrevistaron dentro de las primeras cuatro semanas post accidente, encontró que el 19,4% cumplía con los criterios para trastorno agudo por estrés y el 24,7% presentaba este cuadro en forma subsindromática. Una reevaluación de 64 de los pacientes a los seis meses demostró que el 12,5% de ellos presentaba un TEPT (9).

En estudios de seguimiento a mediano plazo se ha encontrado que las víctimas de accidentes de tránsito mantienen síntomas del TEPT en el 11%, a los tres años (10).

RESPUESTAS Y EVALUACIÓN DE UN TRAUMA

Ante una situación traumática, la primera reacción del sujeto estará orientada a intentar sobrevivir y autoprotegerse. En esta etapa se pueden dar distintas respuestas clínicas como insensibilidad (tanto psíquica como física, con una mayor tolerancia al dolor), una reacción de

retirada desde el lugar del hecho traumático para buscar un sitio seguro y además no seguir exponiéndose a las impactantes imágenes que habitualmente acompañan a estas situaciones, un estado de confusión mental o un estado de choque que inhabilitan a la persona, o incluso un intenso temor que puede llevar a que el paciente enmudezca (afonía conversiva). También se puede encontrar que la respuesta al trauma se traduce en un intento de adaptación, muchas veces con un resultado de adecuación; sin embargo, en ocasiones la conducta es disociada (como puede ser una fuga disociativa), o bien en algunos cuadros crónicos de TEPT -en que la adaptación está centrada en las emociones- se recurre al consumo y abuso de alcohol y drogas (frecuente de encontrar en veteranos de guerra con TEPT). Debe dejarse muy en claro que ninguna respuesta previene la aparición de un TEPT.

En la evaluación del trauma debe abordarse la experiencia del acontecimiento traumático propiamente tal como la respuesta emocional, y es esta última la que le pone un sello al cuadro clínico.

REPERCUSIONES CLÍNICAS DE UN TRAUMA

Como consecuencia de un trauma, en el plano psíquico, pueden aparecer las manifestaciones más diversas que van desde algún o algunos síntomas aislados (angustia, irritabilidad, llanto, inquietud, etc.) hasta un trastorno psicótico con franca pérdida del juicio de realidad y conductas muy desajustadas. Un hecho traumático puede desencadenar cualquier tipo de trastorno psiquiátrico o bien puede ser el factor que descompense un cuadro que estaba en tratamiento y se había estabilizado (esto es válido para trastornos afectivos como depresión y manía, trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico, los cuadros fóbicos e incluso una esquizofrenia). Dentro del espectro postraumático propiamente tal, en una gradiente de mayor a menor intensidad y

gravedad sintomática están el trastorno de adaptación con síntomas postraumáticos, el trastorno agudo por estrés y el TEPT. El TEPT es un constructo diagnóstico que constituye un excelente modelo del enfermar mental, ya que sin la existencia del hecho traumático a nivel psíquico (que sería el factor etiológico) no aparece el cuadro clínico. Se caracteriza porque los mecanismos de adaptación del sujeto no son capaces de mantener la homeostasis y en consecuencia se obtiene una respuesta de mala adaptación al acontecimiento traumático. Además, dada la alta frecuencia en población general del TEPT (alrededor de 5%), se transforma en un problema de salud pública. Sin duda que esta patología, por haber sido poco divulgada hasta la fecha, se ha acompañado de un subdiagnóstico, y por ende de un subtratamiento. Asimismo, el TEPT tiene implicancias médico legales, tanto por su inclusión entre las posibles consecuencias de los accidentes de trayecto que están cubiertos por la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, como por los escasos pacientes que a pesar de un completo tratamiento, no logran una adecuada recuperación y mantienen una incapacidad laboral que determina una pensión de invalidez.

En forma arbitraria se determinó que cuando la sintomatología del TEPT tenía menos de un mes de evolución, el cuadro se denominaría trastorno agudo por estrés (TAE). Y pasado el mes se trataría de un TEPT propiamente tal. Un elemento clínico interesante en el TAE es la presencia de fenómenos disociativos, los que se han asociado con una peor evolución del cuadro. Los criterios clínicos del TEPT son: 1) Reexperimentar el acontecimiento traumático a través de fenómenos invasores (como pensamientos, imágenes y pesadillas) y reacciones físicas y emocionales exageradas frente a estímulos gatillo (aquellos que están relacionados con el trauma, como un ruido de metales en un paciente que sufrió

un accidente vehicular), 2) Conductas de evitación de lugares, pensamientos, conversaciones o imágenes (especialmente de la televisión), 3) Embotamiento emocional en que hay una pérdida de interés, cierto aislamiento social y una pobre respuesta emocional, sin que se trate de una depresión como tal y 4) Síntomas de hiperalerta que traducen una hiperexcitabilidad del sistema nervioso central (como trastornos del sueño, irritabilidad, ira, desconcentración, hipervigilancia y una respuesta de alerta exagerada). Cuando los síntomas del TEPT se presentan hasta tres meses se denomina TEPT agudo y más allá de tres meses el TEPT se considera crónico. Un hecho curioso del TEPT es que en ocasiones puede aparecer en forma retardada, es decir, después de seis meses o más de haber ocurrido el trauma (incluso a veces después de algunos años), lo que permite inferir que el sujeto durante un tiempo tuvo mecanismos de adaptación suficientes para evitar la irrupción de los síntomas y de pronto -por algún mínimo estímulo gatillo o bien en forma espontánea- estos mecanismos dejaron de actuar eficientemente y los síntomas se hicieron manifiestos.

Un elemento no menor en el manejo de los pacientes con repercusiones emocionales de algún trauma lo constituyen las dificultades -tanto del paciente como de los médicos- en el abordaje de los hechos traumáticos. El paciente en general evita el relato del hecho traumático tanto por él como por su interlocutor. Son frecuentes los sentimientos de vergüenza, desamparo y desconfianza que le genera el manifestar su situación por lo que prefiere callarla. Por otra parte, en muchas ocasiones el paciente no establece inicialmente una relación entre los síntomas que lo llevan a consultar y los síntomas postraumáticos (esto ocurre de preferencia cuando ha transcurrido algún tiempo entre el hecho traumático y la aparición de los síntomas; en los cuadros más agudos la relación obviamente resulta más fácil de deducir). A su vez, gran parte de

los médicos prefieren no preguntar por sucesos traumáticos, ya que no están dispuestos a recibir la carga emocional que conlleva el relato del hecho y las consecuencias que ha generado en el paciente. Con esta conducta muchos pacientes con antecedentes traumáticos y cuadros sub-sindromáticos de TEPT quedarán probablemente con un tratamiento insuficiente y el cuadro se perpetuará en el tiempo.

EL ESCENARIO DEL ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO

Ante la ocurrencia de un accidente vehicular, lo primero que debe conseguirse es la implementación de un rescate adecuado de las víctimas; dando aviso a los sistemas de emergencia disponibles en cada lugar. Así es como debieran llegar representantes de carabineros, de bomberos, personal de salud y otros. Se podrá constatar si hay fallecidos, lesionados graves, lesionados menores e ilesos físicamente. El abordaje psicológico *in situ* debe estar orientado a la evaluación de la situación general y a la determinación de lo que podemos denominar los participantes directos (las víctimas del accidente), los participantes indirectos (observadores del suceso, que pueden estar en el lugar y también el personal de rescate) y los participantes secundarios (familiares y personas cercanas a las víctimas que se irán enterando de lo sucedido a medida que transcurran las horas desde que ocurrió el accidente). Lo habitual es que aparezcan el o los líderes que asuman el manejo de las consecuencias del accidente.

En la medida que se cuente con personal capacitado en situaciones accidentales o emergencias, las maniobras debieran tener una mejor implementación; sin embargo, también puede darse que el personal de rescate se transforme en víctima indirecta del accidente y su accionar no sea el más adecuado. Se recomienda en una primera etapa distinguir a aquellas personas que están "choqueadas" o tienen conductas de adaptación inadecuadas de

los que solamente están impactados con el hecho en ese momento. Como norma general, una de las primeras acciones del equipo de salud debe ser el generar una atmósfera de seguridad y buscar las fórmulas para tranquilizar a los distintos participantes. Cuando se requiera, y sea posible, se sedará a algunos pacientes incluso en el mismo lugar del trauma. Estas medidas constituyen la mejor prevención para la aparición de reacciones emocionales desadaptativas postrauma. La derivación de los lesionados a los servicios de urgencia generará eventuales internaciones producto de las lesiones y/o a raíz de los síntomas emocionales agudos. Tanto en los pacientes hospitalizados como en aquéllos que seguirán un tratamiento ambulatorio se implementarán diversas medidas terapéuticas. Para una mejor comprensión de los fundamentos de la terapia parece conveniente revisar someramente las repercusiones neurobiológicas del trauma.

HALLAZGOS NEUROBIOLÓGICOS EN EL TEPT

Entre las diversas exploraciones biológicas que se han realizado en los pacientes con TEPT, destacan aquellas relacionadas con los sistemas de neurotransmisión, con las variables neuroendocrinas y con las neuroimágenes.

La noradrenalina se ha encontrado aumentada al medirla en plasma y en orina de pacientes con TEPT de diverso origen versus controles sanos y otras patologías psiquiátricas. Del mismo modo, indicadores indirectos de la actividad noradrenérgica, como la frecuencia cardíaca y la respuesta galvánica de la piel, también han demostrado una hiperrespuesta ante la aplicación de estímulos estresantes, especialmente los vinculados con la situación traumática (11). El glutamato, con sus acciones neurotóxicas, se ha detectado que está aumentado en la corteza prefrontal y en el hipocampo. Se ha postulado que el glutamato podría ser

el responsable de la amnesia disociativa que se produce en algunos pacientes. Por su parte, el aumento de la dopamina en la corteza medial frontal podría dar cuenta de la anestesia emocional. El sistema macromolecular del receptor GABA benzodiazepinas también estaría afectado; se ha encontrado una menor unión de las benzodiazepinas en la corteza prefrontal, lo que sería un buen argumento a favor del empleo de benzodiazepinas en estos pacientes. Por otra parte, la liberación de péptidos opioides sería la responsable de la analgesia por estrés y de una menor sensibilidad al dolor cuando los pacientes se exponen a videos relacionados con la situación traumática. Finalmente, habría una hipofunción de la serotonina especialmente en las inervaciones que van hacia la amígdala y el hipocampo; aquí el mecanismo propuesto sería una posible hipersensibilidad de los receptores, lo que justificaría el empleo de antidepresivos (de preferencia inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina).

A diferencia de lo que se ha descrito en la depresión, en el TEPT los estudios del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal han revelado una reducción del cortisol tanto en los valores plasmáticos horarios como en orina de 24 horas. Asimismo, cuando se ha medido el cortisol en sujetos que recientemente se han expuesto a un hecho traumático, aquéllos con valores disminuidos tienen un mayor riesgo de desarrollar un TEPT en el futuro.

Dentro de las investigaciones con neuroimágenes estructurales, los resultados que más se repiten coinciden con una reducción del volumen del hipocampo. Las neuroimágenes funcionales han revelado una mayor actividad de la amígdala, incluso con cierta lateralización en el hemisferio derecho. Todos estos resultados orientan a una disfunción del sistema límbico. Se discute si estos hallazgos constituyen más bien factores de riesgo que predispongan al desarrollo de un TEPT o bien son consecuencia de la

mantención de los síntomas a lo largo del tiempo (una revisión más completa de los factores neurobiológicos en el TEPT se encuentra en 11).

En la etapa inicial de la respuesta del organismo al hecho traumático destaca la participación del sistema neuroendocrino, representado por la secuencia de respuestas que se inician con la liberación de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y a su vez todos los mecanismos de retroalimentación que están involucrados. La otra línea de reacciones está dada por la estimulación del *locus ceruleus* y la descarga noradrenérgica. En una etapa más prolongada de la respuesta al trauma participan distintos sistemas de neurotransmisión, con lo que se facilita una excitabilidad del sistema límbico cortical y posteriormente se puede llegar a la degeneración neuronal (ver diagrama).

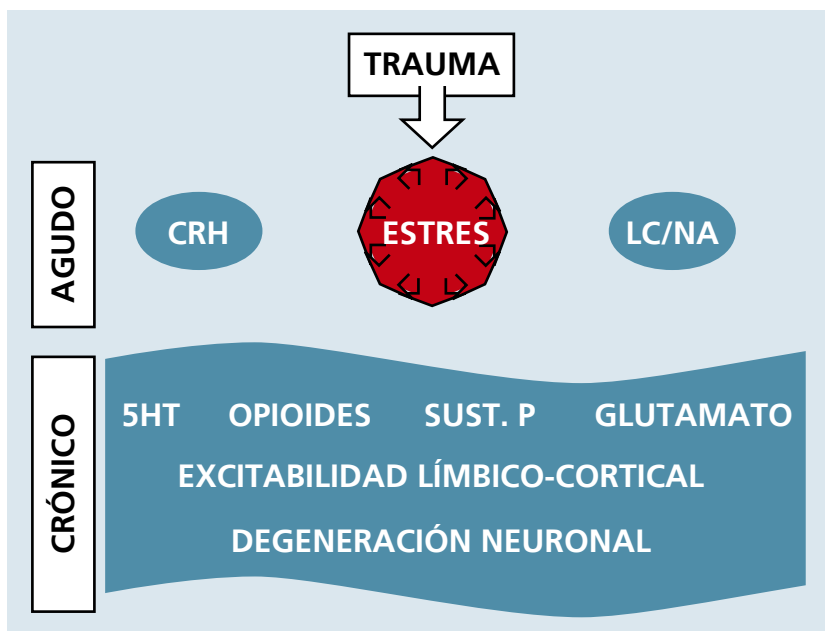
puesta emocional. Focalizando la atención en los síntomas emocionales agudos la terapia dependerá de la presencia de los diversos síntomas: ansiedad y descarga autonómica, irritabilidad, descontrol impulsivo y agresividad, trastornos del sueño, fenómenos paranoides, sentimientos de culpa, hiperalerta, fenómenos disociativos y síntomas invasores. Uno de los elementos centrales en el TEPT es la consolidación de una memoria traumática y el manejo de éste proceso representa uno de los mayores desafíos que tiene el clínico para obtener un éxito terapéutico.

En la primera etapa el manejo farmacológico resulta de gran utilidad. Los objetivos de éste son la disminución de los síntomas antes descritos. Entre los distintos fármacos se pueden emplear **benzodiazepinas** (incluyendo aquéllas con efecto

posteriormente se puede recurrir a sertralina o paroxetina, estos dos últimos son los únicos antidepresivos que a la fecha han sido recomendados por la *Food and Drug Administration* en el tratamiento del TEPT) y eventualmente **neurolépticos** (como risperidona u olanzapina si los fenómenos paranoides resultan muy perturbadores). También se ha utilizado el **propranolol** administrado lo más cercano al acontecimiento traumático y por unos pocos días con el propósito de prevenir la instalación de un TEPT. A futuro el tratamiento del TEPT estará centrado en el control inicial de la respuesta de CRH, mediante el empleo de fármacos anti CRH, del neuropéptido Y y de péptidos opioides, y por otro lado de sustancias antiadrenérgicas y del neuropéptido Y para reducir la respuesta noradrenérgica. Esta aproximación está orientada a evitar que se avance hacia las otras repercusiones neurobiológicas del TEPT, las que en último término llevarán hasta la degeneración neuronal.

Cuando el paciente ya está hospitalizado por el trauma cerebral o por otras lesiones físicas a raíz del accidente, debe insistirse en la pesquisa diagnóstica de los cuadros del espectro posttraumático para así establecer un adecuado tratamiento con la mayor precocidad posible. En este tipo de pacientes son factores de peor pronóstico para un TEPT el dolor, las lesiones y secuelas físicas, y el daño orgánico cerebral (por lo que también debe investigarse el TEPT en pacientes que han presentado un traumatismo encéfalo craneano).

Cuando el enfrentamiento al dolor en los pacientes post accidente vehicular es poco adaptativo, existe un mayor riesgo de presentar síntomas de TEPT, ansiedad y depresión. Esto contrasta con el hallazgo que el temor, la vivencia de peligro, el sentimiento de desamparo, la pérdida del control y la certeza de muerte en el momento del accidente no constituyen factores que permitan discriminar la apari-



CONSIDERACIONES PARA EL TRATAMIENTO

En un paciente accidentado de tránsito deben tenerse en cuenta, inicialmente al menos, tres aspectos para definir la terapéutica: el compromiso de conciencia, las eventuales lesiones físicas y la res-

amnésico anterógrado como el midazolam), **antidepresivos** (al comienzo se pueden utilizar los que posean un mayor efecto sedante, como la amitriptilina en dosis bajas -siempre y cuando no existan contraindicaciones para el empleo de los tricíclicos- o bien la mirtazapina;

ción posterior de síntomas de TEPT (12). Por otra parte resulta interesante constatar que el desempleo representa el factor principal de mantención de síntomas de un TEPT post accidente de tránsito y con mayor importancia en hombres que en mujeres. En cambio, el haber contado con ayuda en el período peritraumático, la vivencia de peligro y la certeza de poder morir durante el accidente no se asociaron con la mantención de los síntomas de TEPT (13).

Una situación diferente la constituye la consulta tardía -por diversas razones- de un paciente que ha sufrido un accidente vehicular. En este escenario el clínico debe evaluar si el accidente constituyó de hecho un acontecimiento traumático o no y si acaso hubo y todavía se mantienen algunos síntomas postraumáticos. En estos pacientes es recomendable intentar una aproximación diagnóstica y facilitar la derivación al psiquiatra. En ocasiones los síntomas postraumáticos se ocultan en alguna comorbilidad psiquiátrica (como depresión, trastorno de ansiedad o algún consumo de alcohol o sustancias), o bien aparecen sólo como un cuadro subsindromático o incluso pueden presentarse en el TEPT de aparición retardada (meses o años post accidente).

Una vez que el paciente ha sido derivado al psiquiatra, éste debe precisar el diagnóstico de TEPT y alguna eventual comorbilidad. Se instalará un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (ya sea individual o en ciertos casos grupal cuando se trata de accidentes colectivos). En accidentes masivos y graves que representan cuasi "catástrofes", las intervenciones grupales preventivas para facilitar una catarsis general y detectar los posibles casos con repercusiones psiquiátricas son bastante útiles. El tratamiento a largo plazo debe orientarse hacia la reincorporación progresiva a las actividades habituales del paciente, a este respecto la terapia cognitivo conductual (con técnicas de relajación y desensibilización)

resulta de gran ayuda. Por su parte los psicofármacos deben mantenerse por un tiempo prudente aun cuando hayan remitido los síntomas.

EXPERIENCIA EN CHILE

Uno de los grupos que más ha desarrollado el estudio, investigación y tratamiento del TEPT post accidentes en población civil en nuestro país ha sido el equipo de Salud Mental del Hospital del Trabajador de Santiago. De una casuística de 607 pacientes evaluados por TEPT de diverso origen entre 1987 y 2004 se separó un grupo que había presentado el cuadro con posterioridad a un accidente de tránsito. A continuación se presentan los resultados de dicho estudio. La muestra estuvo constituida por 191 pacientes con mayor frecuencia de mujeres (58,1%) que hombres, principalmente adultos jóvenes (edad promedio de 37,1 años), que completaron su educación secundaria (12,2 años de estudios) y que trabajaban principalmente en actividades de servicio (74,3%). La atención por Salud Mental se realizó principalmente en forma ambulatoria (91,6%) y los pacientes fueron derivados en promedio a los 69,4 días post accidente desde los otros servicios. Se encontraron lesiones físicas en el 89,0% y comorbilidad psiquiátrica en el 16,8%. Los pacientes tuvieron reposo laboral a causa de los síntomas del TEPT en el 46,6% con un promedio de 61,2 días. El manejo combinado de psiquiatra y psicóloga requirió respectivamente de 5,3 y 5,6 sesiones en promedio, por paciente, para cada uno de los profesionales. El 99,5% de la muestra recibió psicofármacos (97,9% benzodiazepinas, 66,5% antidepressivos y 13,6% neurolépticos). El tiempo de tratamiento por Salud Mental hasta el alta del servicio fue de 142 días en promedio. El 73,4% de los pacientes fueron dados de alta antes de seis meses. Sólo un 11,7% ha sido tratado más allá de un año (14). Estos resultados traducen en general que el tratamiento ha sido exitoso en un número significativo

de pacientes y ha permitido una reinserción laboral en un tiempo prudente.

CONCLUSIONES

Ante el importante incremento de los accidentes de tránsito y reconociendo que dentro de las repercusiones emocionales está el TEPT, todo médico debe estar capacitado para detectar los síntomas sugerentes de esta patología. Sin lugar a dudas el desafío para el médico no psiquiatra consiste en la sospecha diagnóstica, en el manejo inicial de los síntomas -orientado hacia la prevención de la instalación del cuadro en forma completa- y a la recomendable derivación al psiquiatra para un manejo global que posibilite una pronta recuperación e idealmente una total rehabilitación. En los casos más graves el manejo necesitará de un mayor tiempo y de estrategias combinadas tanto farmacológicas como psicoterapéuticas específicas y adecuadas a cada caso en particular.

BIBLIOGRAFÍA

- 1> American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd.ed. Washington, DC. American Psychiatric Press, 1980.
- 2> Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2002;40 (Supl 2):20-34.
- 3> Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographics groups. J Consult Clin Psychol 1992;60:409-18.
- 4> Mayou R., Bryant B., Duthie R. Psychiatric consequences of road traffic accidents. BMJ 1993;307:647-51.
- 5> Ehlers A., Mayou R., Bryant B. Psychological predictors of chronic post-traumatic stress disorder after motor vehicle accidents. J Abnorm Psychol 1998;107:508-19.
- 6> Blanchard E.B., Hickling E.J., Taylor A.E., Loos W. Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. J

Nerv Ment Dis 1995;183:495-504.

7> Blanchard E.B., Hickling E.J., Mittenick N., Taylor A.E., Loos W.R., Buckley T.C. The impact of severity of physical injury and perception of life threat in the development of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behav Res Ther* 1995;33:529-34.

8> Meyer C., Dittrich U., Kuster S., Markgraf E., Hofmann G.O., Strauss B. Psychoreactive disorders after motor vehicle accidents. It is possible to predict the development of psychoreactive disorders after motor vehicle accidents? *Unfallchirurg* 2005;108:1065-71.

9> Meiser-Stedman R., Yule W., Smith P., Glucksman E., Dalgleish T. *Am J Psychiatry* 2005;162:1381-3.

10> Mayou R.A., Ehlers A., Bryant B. Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behav Res Ther* 2002;40:665-75.

11> Carvajal C. Bases neurobiológicas y farmacoterapia del trastorno por estrés postraumático. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2002;40 (Supl 2):48-68.

12> Beck J.G., Gudmundsdottir B., Shepherd J.C. PTSD and emotional distress symptoms measured after a motor vehicle accident: Relationships with pain coping profiles. *J Psychopathol Behav Assess.* 2003;25:219-27.

13> Beck J.G., Palyo S.A., Canna M.A., Blanchard E.B., Gudmundsdottir B.J. *Behav Ther Exp Psychiatry* 2006 Mar 17 (in press) (Epub ahead of print).

14> Carvajal C., Gibbons A., Hasbún T., Urzúa C., Carbonell C.G. El trastorno por estrés postraumático en accidentados del tránsito. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2005;43 (supl 1): S91