



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Vélez, Martha L.; Jansson, Lauren M.
Síndrome de estrés postraumático en mujeres embarazadas abusadoras de drogas
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 39, 2010, pp. 84 S-92 S
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619869006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Síndrome de estrés postraumático en mujeres embarazadas abusadoras de drogas

Martha L. Vélez¹
Lauren M. Jansson¹

Resumen

Introducción: La exposición a eventos traumáticos es muy frecuente en mujeres con problemas de abuso de sustancias, pero no todas desarrollan síndrome de estrés postraumático (SEP). Pacientes con SEP tienen más problemas médicos, problemas interpersonales, usan drogas más fuertes y son más resistentes al tratamiento de adicción que pacientes sin este trastorno. *Método:* Exploración de la prevalencia de SEP en 87 mujeres embarazadas en tratamiento para adicción a drogas, que reportaron historia de violencia actual o durante la vida y aceptaron evaluación e intervenciones para mejorar aspectos afectados por el trauma, usando la Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático (PDS), y de la sintomatología psicológica asociada, usando el Cuestionario de Sintomas-90 revisado (SCL-90R). *Resultados:* Más de la mitad (50,6%) de las pacientes llenaron criterios diagnósticos de SEP. Las mujeres con SEP presentaron puntuaciones significativamente más altas en todas las subescalas del SCL-90R, el Índice de Severidad Global (1,58 vs. 0,89) y el Índice de Sintomas Positivos de Distrés (2,24 vs. 1,78) que las mujeres sin SEP. *Conclusión:* Los resultados señalan la importancia de la evaluación de trauma y sus consecuencias en las mujeres embarazadas que reciben tratamiento para el abuso de sustancias y la necesidad de implementar intervenciones más efectivas para mujeres con problemas de adicción y SEP.

Palabras clave: trastornos relacionados con sustancias, embarazo, trastornos por estrés postraumático, violencia.

Title: Post-Traumatic Stress Syndrome in Pregnant Women with Drug Addiction

Abstract

Introduction: Trauma exposure is very common among women with substance abuse problems, but not all develop post-traumatic stress syndrome (PTSD). Patients with PTSD have more medical problems, interpersonal issues, drug use and are more resistant to addiction treatment than patients without this disorder. *Method:* To study the prevalence of SEP in 87 pregnant women in treatment for drug addiction, who reported current or history of violence and accepted lifetime assessment and interventions to improve areas affected by the trauma, using the Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), and associated psychological symptoms using the Symptom Checklist Questionnaire-90 Revised (SCL-90R). *Results:* Over half

¹ MD. Departamento de Pediatría. Universidad de Johns Hopkins. Baltimore, Estados Unidos.

(50.6%) of patients fulfilled criteria for PTSD. The women with PTSD scored significantly higher on all subscales of the SCL-90R, the Global Severity Index (1.58 vs. 0.89) and the Positive Symptoms Distress Index (2.24 vs. 1.78) than women without PTSD. Conclusion: Results highlight the importance of assessing trauma and its consequences in pregnant women receiving treatment for substance abuse and the need to implement more effective interventions for women with addiction problems and PTSD.

Key words: Substance-related disorders, pregnancy, post-traumatic stress disorders, violence.

Introducción

Bien se ha establecido que hay una estrecha relación entre el abuso de drogas en mujeres y la exposición a experiencias traumáticas a través de las distintas etapas de la vida, incluyendo el embarazo (1,2). Una historia de experiencias negativas, trauma y dificultades para manejar de una manera adaptativa el estrés son factores implicados en la iniciación, la continuación y las recaídas en personas consumidoras de sustancias (3-5).

Las mujeres embarazadas víctimas de violencia tienen mayor riesgo de consumo excesivo de alcohol ($OR=2,43$) y drogas ilícitas ($OR=2,68$) que las embarazadas que no han sido víctimas de violencia (6). En un estudio realizado con 715 mujeres embarazadas en tratamiento para abuso de sustancias, el 73% de ellas reportaron historia de abuso físico; el 45%, abuso sexual;

y el 71%, abuso emocional. El abuso continuó durante el embarazo, con reportes de abuso físico en el 20% de los casos; de abuso sexual, en el 7%; y de abuso emocional, en el 41% (2).

Las mujeres son más vulnerables que los hombres a desarrollar el síndrome de estrés postraumático (SEP), a pesar de que los hombres reportan más eventos traumáticos durante sus vidas, con una prevalencia del 10% de SEP en mujeres, y del 5% en hombres (7).

La co-ocurrencia de la victimización, el abuso de sustancias y el SEP fue descrita desde hace más de 20 años. Pacientes con problemas de adicción y de SEP tienen un perfil clínico más severo que pacientes con sólo uno de los diagnósticos, presentan más comorbilidad psiquiátrica y más problemas en sus relaciones interpersonales, y sus respuestas al tratamiento de adicción son menos efectivas (8-10).

El problema de abuso de sustancias y otros problemas psiquiátricos durante el embarazo son de especial importancia, debido a los efectos que pueden tener en el embarazo, en el feto y en el hijo. La psicopatología relacionada especialmente con el trauma interpersonal —que generalmente incluye SEP— y el abuso crónico de drogas afectan la capacidad de la madre para regular sus emociones (11); además, un estado psicológico comprometido en

la mujer embarazada puede influir negativamente en el embarazo y el desarrollo del feto.

Por otra parte, la alteración en las respuestas al estrés por parte de la madre y la desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) pueden afectar al feto a través de la programación fetal u otros mecanismos epigenéticos (12), y se consideran marcadores en la transmisión intergeneracional de trauma a través del comportamiento de los padres (13); sin embargo, muchos programas de tratamiento para el abuso de drogas no examinan habitualmente al ingreso los síntomas de SEP ni otros síntomas asociados a trauma, o no les dan atención suficiente y apropiada.

El hecho de no reconocer e intervenir paralelamente en los problemas de adicción y los relacionados con trauma puede resultar en el abandono de un tratamiento prematuro, la recaída en el consumo de sustancias o la continuación de impedimentos en diferentes áreas de funcionamiento.

El presente estudio tuvo como objetivos: determinar la frecuencia de SEP en mujeres embarazadas que inician tratamiento de abuso de drogas, reportan historia de trauma y aceptan interconsulta para evaluación e intervención de síntomas que pueden estar relacionados con la exposición a trauma; también,

dentro de esta muestra, comparar los niveles de funcionamiento y estado psicológico de las pacientes con y sin diagnóstico de SEP usando el SCL-90R.

Métodos

Muestra

La muestra consistió en 87 mujeres embarazadas abusadoras de sustancias, admitidas en el Centro para la Adicción y el Embarazo, y que reportaron historia actual o pasada de violencia y aceptaron evaluación y ayuda para problemas relacionados con la exposición a trauma. El Centro para Adicción y Embarazo es un programa de tratamiento interdisciplinario (psiquiatría, obstetricia y pediatría) en Baltimore, Maryland, que incluye tratamiento residencial y ambulatorio intensivo para el abuso de drogas y la atención prenatal en un mismo lugar. A las mujeres dependientes de opiáceos se les ofrece mantenimiento con metadona, como un componente adicional de tratamiento.

Instrumentos

Para determinar la presencia o no de SEP y el funcionamiento psicológico actual de la pacientes se utilizaron dos instrumentos: la *Escala Diagnóstica de Estrés Post-traumático PDS* (Post-Traumatic Stress Diagnostic Scale) (14) y el *Cuestionario de Síntomas SCL-90-R* (15).

La Escala Diagnóstica de Estrés Post-traumático usa los criterios diagnósticos del DSM-IV para SEP y es administrada para evaluar la presencia y severidad de este trastorno, así como el nivel de impedimento para funcionar causado por los síntomas.

El SCL-90R es un cuestionario de autorreporte, relativamente breve, que mide el estado actual de síntomas psicológicos (últimos 7 días) en las siguientes categorías: somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicotismo, y 3 índices adicionales: el Índice de Severidad Global, el Índice de Malestar Positivo, y el total de síntomas positivos.

Análisis de los datos

Se calcularon frecuencias y promedios para las variables categóricas y continuas, respectivamente. La comparación de los puntajes de las

subescalas e índices del SCL-90-R se hizo utilizando la prueba de t-test. El alfa se asignó al nivel de 0,05.

Resultados

De las mujeres embarazadas en tratamiento para adicción y con historia de episodios traumáticos 87 completaron el PDS y el SCL-90-R. Las participantes fueron en su mayoría afroamericanas (67,5%), con un promedio de edad de 28,24 años (8,07) y con un promedio de 2,17 hijos (1,87). Usando el PDS se encontró que los eventos traumáticos de violencia interpersonal (abuso físico y sexual por familiares o extraños) fueron más habituales que otras formas de trauma, como desastres naturales o enfermedades (Figura 1).

La mitad de las mujeres en esta muestra (51,6%) tuvieron criterios para diagnóstico de SEP. El grupo con diagnóstico de ESP tuvo características demográficas similares a las del grupo de pacientes sin diagnóstico de ESP (Tabla 1).

Figura 1. Exposición a eventos traumáticos durante la vida PDS (N=87)

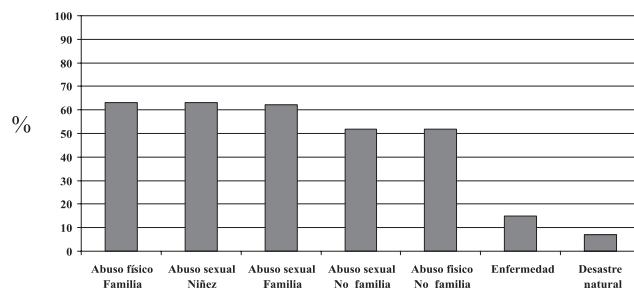


Tabla 1. Características demográficas (N=87)

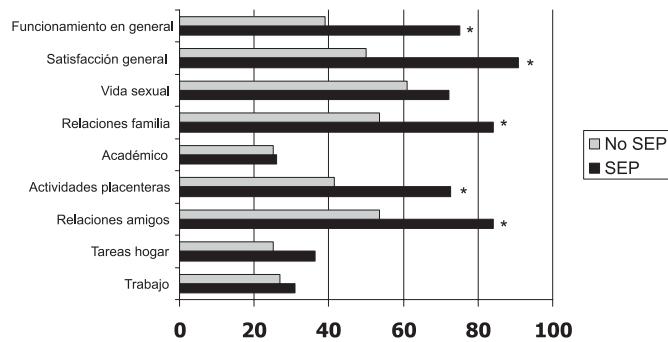
	SEP (N=44)	No SEP (N=43)
Edad (años)	29,81 (5,92)	28,32 (4,80)
Número de hijos	3,14 (2,07)	2,42 (1,79)
Número de hijos en custodia	1,04 (1,43)	1,03 (1,09)
Afroamericana	71%	62%
Caucásica	29%	38%

Nota: Mean (DS). Datos demográficos no obtenidos en 16.

Las mujeres con diagnóstico de ESP reportaron un mayor impedimento en diversos aspectos de funcionamiento en la vida cotidiana, comparadas con las mujeres sin diagnóstico de SEP postraumático.

Esta diferencia fue estadísticamente significativa en las áreas de relaciones con amigos y familiares y en la satisfacción general con la vida, en el funcionamiento en general y en las actividades de ocio (Figura 2).

Figura 2. Evaluación del funcionamiento diario en mujeres con síntomas de SEP usando el PDS (N=87)

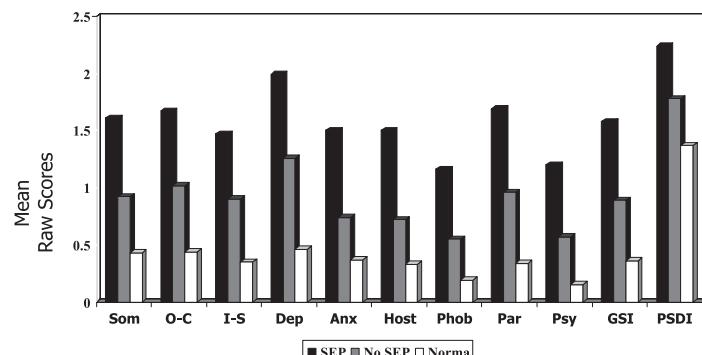


* p<.005

Las mujeres con SEP reportaron mayor síntomas psicológicos en los diferentes dominios evaluados con el SCL-90-R que las mujeres sin trastorno de estrés postraumático, como lo demuestran los resultados significativamente más altos tanto en el Índice de Severidad Global de

los síntomas (1,58 vs. 0,89, respectivamente) y el Índice de Síntomas Positivos de Distrés (2,24 vs. 1,78, respectivamente). Este mayor nivel de sintomatología psicológica fue evidente en todos los 9 dominios evaluados por el SCL-90-R (Figura 3).

Figura 3. Comparación de síntomas psicológicos entre SEP no SEP y la norma usando el SCL-90-R (N=87)



Nota: Todas las comparaciones entre pacientes con o sin SEP fueron significativas ($p<.01$)

Discusión

El presente estudio evaluó la frecuencia de SEP entre mujeres embarazadas abusadoras de sustancias que reportan exposición a violencia y aceptan que se les evalúe el impacto psicológico relacionado con la exposición a eventos traumáticos. Esta evaluación se hace con el fin de implementar intervenciones como parte integral del tratamiento de abuso de sustancias.

Los resultados obtenidos en esta muestra indican que el síndrome clínico de SEP es muy usual en esta población, y que las pacientes con dicho diagnóstico tienen más sintomatología en diferentes dominios psicológicos, así como más impedimento para funcionar en la vida diaria que las pacientes con antecedentes de experiencias traumáticas que no tienen todos los criterios para el diagnóstico de SEP.

Es importante resaltar que la mayoría de las mujeres que reportaron experiencias traumáticas, pero que no llenan los criterios para trastorno de SEP reportan una gran variedad de síntomas o dificultades relacionadas con la experiencia traumática, que pueden afectar su recuperación de la adicción, sus representaciones mentales del feto y su papel como madres.

En pacientes con adicción y SEP, las recaídas en el uso de drogas están relacionadas con situaciones que abarcan emociones negativas, malestar físico y conflictos interpersonales. Algunos de los síntomas de SEP, como revivir el trauma, pesadillas, o explosiones de ira que generen conflictos interpersonales, pueden causar consumo de drogas. Según sugieren algunos estudios, la reducción de síntomas de SEP tiene un mayor impacto en disminuir el consumo de drogas que la

reducción del consumo de drogas en la disminución de los síntomas de SEP (16,17).

El SEP en la madre ha sido considerado como uno de los factores que pueden predisponer a la transmisión intergeneracional de trastornos neuropsiquiátricos, incluyendo SEP. La exposición al estrés y al SEP modifica el ambiente intrauterino a través de hormonas como los glucocorticoides.

El concepto de programación fetal sugiere que factores capaces de alterar el ambiente intrauterino pueden actuar durante períodos sensibles del desarrollo fetal y causar efectos en la estructura y la función de tejidos o sistemas que persisten a lo largo de la vida del individuo (18). Por ejemplo, un estudio encontró niveles bajos de cortisol en madres que desarrollaron SEP después de la tragedia del 11 de septiembre en Nueva York, en comparación con los niveles de las madres que no desarrollaron SEP. Los niveles de cortisol de los niños de estas madres fueron evaluados al año de edad, y se hallaron niveles más bajos de cortisol en los niños de madres que desarrollaron SEP, lo cual sugiere que los efectos de madres que tienen SEP durante el embarazo pueden verse temprano en los niños, y enfatizan el papel del ambiente intrauterino como factor de riesgo en cuanto a una vulnerabilidad

biológica para desarrollar SEP en la descendencia (19).

Otro aspecto importante para considerar es que la desregulación psicológica materna asociada a trauma es un marcador de riesgo de transmisión intergeneracional de trauma y problemas sicológicos a través de las prácticas de crianza (13), y el embarazo puede ser un periodo durante el cual las intervenciones pueden preparar a la madre para aprender a reconocer sus emociones y manejarlas apropiadamente, y así mejorar las posibilidades de una interacción saludable con el niño.

Las discusiones sobre la contribución del estado psicológico materno durante la gestación en la conducta del niño pueden mejorar la capacidad de identificar importantes factores que contribuyen al desarrollo de las diferencias individuales en el comportamiento visto durante la infancia y la niñez.

Durante los últimos años se ha ido acumulando evidencia demostrativa de que manejar trauma y SEP temprano en el tratamiento de la adicción mejora el pronóstico de las pacientes (10,20). Igualmente, los protocolos de tratamiento manualizado para el tratamiento de adicción y SEP, como, por ejemplo, Seeking Safety (8,21), han sido considerados muy útiles tanto por parte de profesionales como de pacientes (20).

En conclusión, el presente estudio indica que los programas de tratamiento para mujeres embarazadas y en edad reproductiva que abusan de sustancias pueden beneficiarse de la evaluación rutinaria de historia actual o pasada de trauma, síntomas de SET y otra sintomatología psiquiátrica asociada.

En el caso de mujeres embarazadas, detectar e intervenir tempranamente los síntomas de SEP podría disminuir las recaídas y el abandono prematuro del tratamiento. Esto, a su vez, puede mejorar los pronósticos tanto para la madre como para el feto y el niño.

Se necesita investigación adicional para determinar los mecanismos causales entre abuso de sustancias y SEP, los mecanismos responsables de la mejoría de pacientes con esta comorbilidad, y las mejores intervenciones para manejar la patología dual de SEP y adicción en mujeres embarazadas.

Referencias

1. El-Bassel N, Gilbert L, Frye V, Wu E, Go H, Hill J, et al. Physical and sexual intimate partner violence among women in methadone maintenance treatment. *Psychol Addict Behav.* 2004;18(2):180-3.
2. Velez ML, Montoya ID, Jansson LM, Walters V, Svikis D, Jones HE, et al. Exposure to violence among substance-dependent pregnant women and their children. *J Subst Abuse Treat.* 2006;30(1):31-8.
3. Hyman SM, Sinha R. Stress-related factors in cannabis use and misuse: implications for prevention and treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2009;36(4):400-13.
4. Sinha R. How does stress increase risk of drug abuse and relapse. *Psychopharmacology.* 2001;158(4):343-59.
5. Sinha R. Stress and drug abuse. In: Steckler T, Kalin N, Reul JMHH, editors. *Handbook on stress and the brain. Part 2: Stress: integrative and clinical aspects.* Amsterdam: Elsevier Science; 2005. p. 333-56.
6. Amaro H, Fried LE, Cabral H, Zuckerman B. Violence during pregnancy and substance use. *Am J Public Health.* 1990;80(5):575-9.
7. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Study. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52(12):1048-60.
8. Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR, Muenz LR. "Seeking Safety": outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *J Trauma Stress.* 1998;11(3):437-56.
9. Schäfer I, Najavits LM. Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Curr Opin Psychiatry.* 2007;20(6):614-8.
10. Back SE. Toward an improved model of treating co-occurring PTSD and substance use disorders. *Am J Psychiatry.* 2010;167(1):11-3.
11. Hien DA, Miele GM. Emotion-focused coping as a mediator of maternal cocaine abuse and antisocial behavior. *Psychol Addict Behav.* 2003;17(1):49-55.
12. Salisbury AL, Ponder KL, Padbury JF, Lester BM. Fetal effects of psychoactive drugs. *Clin Perinatol.* 2009;36(6):595-619.
13. Schechter DS, Zeanah CH Jr, Myers MM, Brunelli SA, Liebowitz MR, Marshall RD, et al. Psychobiological

- dysregulation in violence-exposed mothers: salivary cortisol of mothers with very young children pre- and post-separation stress. *Bull Menninger Clin*. 2004;68(4):319-36.
14. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 1993;6(4):459-73.
 15. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacol Bull*. 1973;9(1):13-28.
 16. Back SE, Brady KT, Sonne SC, Verduin M. Symptom improvement in co-occurring PTSD and alcohol dependence. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(9):690-6.
 17. Hien DA, Jiang H, Campbell AN, Hu MC, Miele GM, Cohen LR, et al. Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's Clinical Trials Network. *Am J Psychiatry*. 2010;167(1):95-101.
 18. Seckl JR. Glucocorticoids, developmental "programming" and risk of affective dysfunction. In: de Kloet RE, Oitzl MS, Vermetten E, editors. *Progress in brain research*. Vol. 167. 2008. p. 17-29.
 19. Yehuda R, Engel SM, Brand SR, Seckl J, Marcus SM, Berkowitz GS. Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90(7):4115-8.
 20. Brown VB, Najavits LM, Cadiz S, Finkelstein N, Heckman JP, Rechberger E; Seeking Safety Group. Implementing an evidence-based practice: Seeking Safety Group. *J Psychoactive Drugs*. 2007;39(3):231-40.
 21. Najavits LM. *Seeking safety: a treatment*. New York: Guilford; 2002.

Conflictos de interés: las autoras manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.

*Recibido para evaluación: 26 de junio del 2010
Aceptado para publicación: 28 de julio del 2010*

Correspondencia

Martha Vélez

*Johns Hopkins School of Medicine
4940 Eastern Avenue
Baltimore, MD, Estados Unidos
mvelez@jhmi.edu*