

Diagnóstico y manejo del trastorno por estrés postraumático

Fecha de la última revisión: 16/12/2015

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿A quién afecta?](#)
3. [Comorbilidad](#)
4. [¿Cómo se diagnostica?](#)
5. [¿Cómo se trata?](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es un trastorno psiquiátrico que surge como respuesta tardía o diferida a un evento traumático. Para comprender el TEPT es clave entender que un **evento traumático** se define como algo que vemos, escuchamos o vivimos y que pone en peligro nuestra vida o la de los demás. Las causas más frecuentes son la muerte inesperada de un ser querido, el abuso sexual, una enfermedad grave o accidente/lesión de un ser cercano, la violencia de género (Pietrzak RH, 2011; Darves-Bornoz JM, 2008). Otros ejemplos son la exposición a una guerra, un ataque terrorista, accidentes de tráfico o desastres naturales.

Características típicas del trastorno de estrés postraumático:

- Episodios reiterados de reexperimentar el trauma.
- Sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, desapego de los demás, falta de capacidad de respuesta al medio, anhedonia y evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse e incluso evitarse las situaciones que sugieren o recuerdan al trauma.
- Estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, incremento en la reacción de sobresalto e insomnio.
- Los síntomas se acompañan de ansiedad y/o depresión y no son raras las ideaciones suicidas.

El inicio suele presentarse en la década de los 20 (Kessler RC, 2005) y la prevalencia es el doble entre mujeres que en hombres (Pietrzak RH, 2011; Darves-Bornoz JM, 2008).

Los síntomas del TEPT por lo general se manifiestan poco después del evento traumático, aunque en hasta el 25% el comienzo de los síntomas podría retrasarse seis meses (Smid GE, 2009) e incluso aparecer y desaparecer de forma intermitente durante muchos años.

Si los síntomas persisten más de 3 días desde el evento traumático pero menos de un mes, se realiza el diagnóstico de **trastorno por estrés agudo (TEA)** (tabla 1). Si los síntomas se prolongan durante más de 4 semanas el de trastorno por estrés postraumático (tabla 2). Por lo tanto se diferencian entre sí por un criterio temporal. En una revisión sobre la relación entre estos trastornos (Crespo M, 2013) se concluye que entre el 30% y el 83% de las personas que fueron diagnosticadas de TEA posteriormente desarrollaron un TEPT. Las cifras de pacientes diagnosticados de TEPT que previamente habían sido diagnosticadas de TEA son mucho más bajas, dando cuenta de la dificultad de diagnóstico de un trastorno como el TEA en la práctica clínica diaria.

El curso del TEPT es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (F62.0) (CIE 10).

En una interesante revisión reciente (Morina N, 2014) acerca de remisión del TEPT sin tratamiento (casos de TEPT que no lo son a los 10 meses del diagnóstico), encuentran que hay remisión en cerca del 44% de los pacientes. En estudios donde se medía la remisión a los 5 meses el porcentaje era del 51,7% mientras que en aquellos estudios que iban más allá en el tiempo era de 36,9%. Aquellas publicaciones donde el evento traumático era un desastre natural obtuvieron los porcentajes de remisión mas altos (60%) mientras que aquellos relacionados con una enfermedad médica reportaron los más bajos (31,4%).

Se estima que el 50% de mujeres y del 60% de hombres padecerán un evento traumático a lo largo de la vida, con una prevalencia de desarrollo de TEPT de un 7% (Pietrzak RH, 2011; Darves-Bornoz JM, 2008) persistiendo a los 12 meses en un 1,1-3,5% (Kessler RC, 2005). Según el estudio ESEMeD (Haro JM, 2006) la prevalencia a lo largo de la vida del TEPT en la población general en España es del 1,95% (IC 95% 1,18-2,73), siendo del 2,79% (IC 95% 1,71-3,87) en la mujer, frente al 1,06% (IC 95% 0,0-2,2) en el caso del varón.

El estudio de las consecuencias psicológicas de los desastres ha ocupado un lugar destacado en los estudios epidemiológicos y cobraron un fuerte interés desde los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y los atentados de Madrid del 11-M. En Madrid, tras los atentados del 11-M, la cifra total de TEPT relacionado con los atentados fue de un 2,3% en la población general de la ciudad (Miguel-Tobal JJ, 2006), con un 4,3% en las zonas próximas a las explosiones. En el caso de las mujeres, 3,5% en los 21 distritos de Madrid y 7,4% en las mujeres que residían en estas zonas afectadas (Cano-Vindel A, 2004). Tras los atentados del 11-S, la prevalencia del TEPT en Nueva York a los 2 meses del atentado era de un 8,8% (Galea S, 2002), llegando hasta un 20% en las personas que residían cerca de la zona cero y persistiendo en un 12% tres años después (DiGrande L, 2008).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de trastorno por estrés agudo (TEA) según DSM-5.

DSM-5: “Trauma y trastornos relacionados con el estrés”

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, y sea real o amenaza en la que ha existido:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) debe de haber sido violento o accidental. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (ej. socorristas que recogen restos humanos: policías repetidamente expuestos a detalles de maltrato infantil).	
Nota: el criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.	
B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático, que comienza después del suceso(s) traumático(s): 1. Recuerdos angustiosos y recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: en los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s). 2. Sueños angustioso recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). Nota: en los niños pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible. 3. Reacciones disociativas (ej. escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente). Nota: en los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego. 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s). 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o recuerdan y se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).	
C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes: 1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s). 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).	
D. Alteraciones negativas cognitivas y de estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes: 1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas). 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (ej. “Estoy mal”, “No puedo confiar en nadie”, “El mundo es muy peligroso”, “Tengo los nervios destrozados”). 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás. 4. Estado emocional negativo persistente (ej. miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza). 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas. 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás. 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (ej. felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).	
E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada a suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes: 1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos. 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo. 3. Hipervigilancia. 4. Respuesta de sobresalto exagerada. 5. Problema de concentración. 6. Alteración del sueño.	
F. La duración de la alteración (criterios B, C, D, E) es superior 2 días e inferior a un mes.	
G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej. medicamento, alcohol) o a otra afección médica.	

Tabla 2. Factores relacionados con el desarrollo de un TEPT.

Relacionados con factores individuales	- Mujer. - Joven. - Factores genéticos (relacionados con el transportador de serotonina, genes implicados en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, etc.). - Antecedentes personales y familiares psiquiátricos (sobre todo ansiedad y depresión). - Personalidad: alto neuroticismo y evitación. - Factores adversos en la infancia. - Trauma previo. - Bajo coeficiente de inteligencia.
Relacionado con factores ambientales	Bajo nivel socioeconómico.

	• Minoría étnica. • Bajo soporte social. • Nivel educativo bajo.
Relacionados con el trauma	• La intensidad, gravedad o duración del trauma. • Si resultó herido o perdió a alguien importante en su vida. • La intensidad de la reacción al trauma, es decir, la gravedad de los síntomas agudos: si lloró, mostró mucha ansiedad, vomitó, experimentó dolor, etc. • El grado de control que sintió sobre lo sucedido. • Si la intención del evento era hacer daño. • Si lo ha generado otro ser humano.

¿A quién afecta?

La mayoría de las personas que experimentan una situación traumática presentan síntomas agudos tras la exposición al trauma, pero sólo algunas de ellas desarrollarán el trastorno de estrés postraumático. Aún no queda claro el motivo por el cual algunos desarrollan el TEPT y otros no, pero alrededor del 25-30% de las personas que experimentan un suceso traumático puede desembocar en TEPT (Crespo M, 2013). Las posibilidades de desarrollar este tipo de trastorno dependen de muchos factores y es mayor en determinadas circunstancias (Brewin CR, 2000). Distinguimos factores individuales, ambientales y relacionados con el trauma (tabla 2).

Se estima que hasta un 75% de las personas con TEPT asocian otro trastorno psiquiátrico (Kessler RC, 2005) entre los que destacan:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Abuso de sustancias.
- Consumo perjudicial y dependencia a alcohol.
- Suicidio.
- TDAH.
- Trastorno opositorista desafiante.

Comorbilidad

Además el TEPT es un trastorno que asocia otras circunstancias adversas para el individuo (Katzman MA, 2014) y se ha asociado con un detrimento significativo en la calidad de vida (Bravo-Mehmedbasic A, 2010) y en la funcionalidad (Westphal M, 2011).

Ansiedad y depresión: como comentaremos posteriormente, el DSM-5 ha supuesto un cambio fundamental en el diagnóstico del TEPT, al dejar de formar parte de los trastornos de ansiedad (DSM-5, 2014). Tanto la ansiedad como la depresión suelen asociarse en caso de TEPT crónico (Shalev A, 2009). El TEPT aumenta el riesgo de padecer cualquier tipo de trastorno de ansiedad (generalizada, fobia social, ataques de pánico, etc.). Por otro lado, la depresión es la comorbilidad más frecuente asociada al TEPT posiblemente debido a una reacción al trauma. En este sentido, tras los atentados de Madrid el 8% de los encuestados presentaban síntomas de episodio depresivo mayor en los tres meses siguientes (Miguel-Tobal JJ, 2006).

Profundizando en los motivos de la bidireccionalidad de esta relación, por un lado la depresión y ansiedad previas a un evento traumático suponen factores de riesgo para el desarrollo de TEPT, pudiendo indicar la existencia de una vulnerabilidad biológica a todos estos trastornos. También padecer un evento traumático que desencadena un TEPT es un factor de riesgo para desarrollar trastornos depresivos y de ansiedad.

Trastorno por uso de sustancias: la prevalencia de trastorno por uso de sustancias (TUS) entre individuos con TEPT asciende a 40% entre aquellos que buscan ayuda por TUS (Reynolds M, 2005). La comorbilidad con TUS aumenta la severidad de la presentación clínica del TEPT, empeora el pronóstico de ambos diagnósticos y aumenta el riesgo de asociar un trastorno de ansiedad. Si el TEPT no se trata, el pronóstico del abuso de sustancias es pobre y la probabilidad de exposición a eventos traumáticos en un futuro también es mayor.

Se han propuesto varias explicaciones para justificar la relación entre TUS y la comorbilidad con TEPT. En primer lugar, entre los individuos con abuso de sustancias, la probabilidad de exposición a eventos traumáticos es mayor. Por otro lado el uso de sustancias (el alcohol, nicotina, etc.) como “automedicación” para paliar los síntomas del TEPT, puede favorecer el desarrollo de dependencia (Pietrzak RH, 2011).

En este sentido de “automedicación”, el impacto de la exposición al 11 de septiembre se ha relacionado con un consumo compulsivo de alcohol (definido como consumir más de 5 bebidas seguidas en más de 5 ocasiones en el último mes) años después, siendo mayor en aquellas personas con una mayor exposición y con independencia de padecer un TEPT (Welch AE, 2014).

Suicidio: la relación del TEPT con suicidio ha sido ampliamente descrita en los estudios de investigación y se sabe que el riesgo de intento de suicidio aumenta de dos a tres veces en presencia de TEPT (Sareen J, 2014). Además tras los atentados del 11-S, este riesgo persistía a los años del evento traumático (Neria Y, 2013).

Menos claro es la naturaleza de esta relación y en un metaanálisis del 2010 se observa cómo la relación entre suicidio consumado y TEPT está mediado por la presencia de depresión y de los antecedentes psiquiátricos previos (Krysinska K, 2010).

TDAH: otros trastornos como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) también se han relacionado con el TEPT (Kessler RC, 2005). Según un estudio reciente el TDAH triplicaría el riesgo de tener un TEPT (RR=2,9) y tener un TEPT multiplicaría por 2 el riesgo de tener TDAH (Spencer AE, 2015).

Aunque en un inicio se consideraba al TDAH como un factor de riesgo de padecer TEPT, al estar más expuestos a eventos traumáticos, parece que solo este hecho no explica la relación (Biederman J, 2013). También se ha descartado que se deba a una confusión diagnóstica (al compartir ambos trastornos síntomas como la hiperactividad) y se ha hipotetizado que exista una mayor vulnerabilidad biológica en el TDAH a padecer TEPT por compartir factores etiopatogénicos relacionados con áreas corticales prefrontales (Antshel KM, 2014).

Problemas físicos: el TEPT también se ha asociado a dolor crónico (Asmundson GJ, 2004), reflujo gastroesofágico y asma (Li J, 2011), problemas de sueño (Babson K, 2011), disfunción sexual (Hirsch KA, 2009) y obesidad (Kubzansky LD, 2014).

Problemas cognitivos: el TEPT supone un empeoramiento en las funciones cognitivas de memoria de trabajo, atención y función ejecutiva (Lagarde G, 2010). Se desconoce si el déficit cognitivo es anterior al trastorno (y por tanto implicado en su desarrollo como factor de riesgo) o consecuencia del TEPT. Se ha planteado además suponga un factor de mantenimiento y por tanto un factor de mal pronóstico (Moore SA, 2009).

¿Cómo se diagnostica?

Para el diagnóstico del TEPT, como de otros trastornos mentales, hemos de guiarnos por los criterios diagnósticos. El DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) consideraba al TEPT como un trastorno de ansiedad e incluía 6 criterios para su diagnóstico. El primero (criterio A) se refería a la delimitación del trauma. Los tres siguientes (criterios B, C y D), a los síntomas psicológicos del TEP, que se agrupaban en tres categorías: 1. reexperimentación; 2. evitación/embotamiento afectivo; y 3. aumento de la activación. Debían darse uno o más de los cinco síntomas de reexperimentación, tres o más de los siete de evitación (o embotamiento afectivo) y dos o más de los cinco de hiperactivación.

El DSM-5 ha modificado varios aspectos. En primer lugar el TEPT deja de englobarse en los trastornos de ansiedad para formar parte de un nuevo capítulo titulado "Trauma y trastornos relacionados con el estrés". Por ítems el DSM-5 aporta varias modificaciones (tabla 3):

Trastorno por estrés postraumático	
DSM-IV-TR: Trastorno de ansiedad	DSM-5: “Trauma y trastornos relacionados con el estrés”
A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2: - La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. <u>La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.</u> Nota: en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.	A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, y sea real o amenaza en la que ha existido: - Experiencia directa del suceso(s) traumático(s) - Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros - Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) debe de haber sido violento o accidental. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (ej. socorristas que recogen restos humanos: policías repetidamente expuestos a detalles de maltrato infantil). Nota: el criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.
B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas: - Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma. - Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible. - El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de <i>flashback</i>, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: los niños pequeños pueden re escenificar el acontecimiento traumático específico. - Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. - Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.	B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático, que comienza después del suceso(s) traumático(s): - Recuerdos angustiosos y recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: en los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s). - Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). Nota: en los niños pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible. - Reacciones disociativas (ej. escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente). Nota: en los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego. - Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s). - Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o recuerdan y se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas: - Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. - Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.	C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes: - Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s). - Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. 7. Sensación de un futuro desolador (ej. no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal). 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas. 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás. 6. Restricción de la vida afectiva (ej. incapacidad para tener sentimientos de amor).	D. Alteraciones negativas cognitivas y de estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes: 1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas). 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (ej. “Estoy mal”, “No puedo confiar en nadie”, “El mundo es muy peligroso”, “Tengo los nervios destrozados”. 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás. 4. Estado emocional negativo persistente (ej. miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza). 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas. 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás. 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (ej. felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas: 2. Irritabilidad o ataques de ira. 4. Hipervigilancia. 5. Respuestas exageradas de sobresalto. 3. Dificultades para concentrarse. 1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.	E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada a suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes: 1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos. 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo. 3. Hipervigilancia. 4. Respuesta de sobresalto exagerada. 5. Problema de concentración. 6. Alteración del sueño.
E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.	F. La duración de la alteración (criterios B, C, D, E) es superior a un mes.
F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras aéreas importantes del funcionamiento.
	H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej. medicamento, alcohol) o a otra afección médica.
	Especificar si: Con síntomas disociativos: los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes: 1. Despersonalización: experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (ej. como si se sonara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio). 2. Desrealización: experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (ej. el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado). Nota: para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej. desvanecimiento) u otra alteración médica (ej. epilepsia parcial compleja).
Especificar si: - Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses. - Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.	Especificar si:

Especificar si: De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.	Con expresión retardada: si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después de acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas pueden ser inmediatos).
Nota: subrayado lo que se ha eliminado, en negrita lo que se ha incorporado.	

El criterio A: se define aún más lo que es un evento traumático especificando que se trate de una exposición real a la muerte o una amenaza de muerte, una lesión seria o una violación sexual. El sujeto puede haber experimentado el mismo el evento traumático, o haberle ocurrido a un miembro de la familia cercano, o a un amigo íntimo o incluso ser el resultado de estar expuesto de primera mano y de forma repetida o extrema a detalles agresivos de un evento traumático (sin que sea a través de internet, dibujos, televisión, vídeos o fotografías, a no ser que sean relacionados con su trabajo), como pueden ser oficiales de policía o de atención urgente que auxilian a personas que han sufrido una violación sexual, etc.

Como hecho importante, deja de formar parte del diagnóstico la respuesta subjetiva al evento que se describía como intenso miedo, desesperanza u horror, dado que se ha demostrado que no tiene utilidad predictora para el desarrollo ulterior de TEPT.

El DSM-5 pone más atención a los síntomas conductuales y propone cuatro *cluster* diagnósticos en vez de tres. Son: reexperimentación, evitación, cognición-humor negativos y arousal. Este último término hace referencia al estado de alerta y reactividad del individuo. En la tabla 3 se destacan lo cambios entre las diferentes ediciones del DSM.

El DSM-5 elimina la distinción entre la fase aguda y crónica y solo requiere que el trastorno dure más de un mes. Otro cambio es que se incluyen dos subtipos:

- El subtipo de preescolares: en niños menores de 6 años (tabla 4).
- El subtipo disociativo: experiencias o sentimientos de distanciamiento del propio cuerpo o de la mente o experiencias de que el mundo parece irreal, como un sueño o distorsionado.

Tabla 4. Trastorno por estrés postraumático en niños menores de 6 años.

A. En niños menores de 6 años, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, y sea real o amenaza en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros, especialmente a los cuidadores primarios. Nota: no incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático, que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos y recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como recreación del juego.
2. Sueños angustioso recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). Nota: puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.
3. Reacciones disociativas (ej. escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente). La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o recuerdan y se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Han de estar presentes uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s):

Evitación persistente de los estímulos

1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).

Alteración cognitiva

3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (ej. miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).
4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
5. Comportamiento socialmente retraído.
6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

D. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).
2. Hipervigilancia.
3. Respuesta de sobresalto exagerada.
4. Problema de concentración.
5. Alteración del sueño (ej. dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E. La duración de la alteración (criterios B, C, D, E) es superior a un mes.
F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores o en el comportamiento de la escuela.
G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej. medicamento, alcohol) o a otra afección médica.
Especificar si: Con síntomas disociativos: los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros siguientes: • Despersonalización: experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (ej. como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio). • Desrealización: experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (ej. el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado). Nota: para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej. desvanecimiento) u otra alteración médica (ej. epilepsia parcial compleja).
Especificar si: Con expresión retardada: si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas pueden ser inmediatos).

Consideraciones específicas más relevantes de la guía NICE para el diagnóstico de TEPT en atención primaria (NICE, 2005):

- El TEPT puede presentarse con un rango de síntomas específicos de TEPT (reexperimentación, evitación, hiperactivación) pero también en sus comorbilidades (depresión, insensibilidad emocional, abuso de drogas o alcohol e ira), y por lo tanto, al evaluar el TEPT, los miembros del equipo de atención primaria deben indagar si los pacientes con dichos síntomas han sufrido o no una experiencia traumática (que puede haber ocurrido muchos meses o años antes), dando ejemplos específicos de forma delicada de los sucesos traumáticos (por ejemplo, intentos de violación, accidentes de tráfico, abuso sexual infantil o un nacimiento traumático).
- En pacientes con síntomas físicos inexplicables, que se repiten en atención primaria, los miembros del equipo deben considerar preguntar si han experimentado o no un suceso traumático, y de nuevo dar ejemplos concretos de sucesos traumáticos.
- Cuando se persigue identificar un TEPT, los miembros del equipo de atención primaria deben considerar preguntar a los adultos concretamente, si tienen reexperimentación o hiperactivación. En niños, especialmente si son muy pequeños, se debe tener en cuenta preguntar al niño y a sus padres acerca de dificultades para dormir o cambios importantes en el patrón de sueño.
- Cuando una familia es afectada por un suceso traumático, más de un miembro de la familia puede sufrir TEPT. Si este es el caso, los profesionales de la salud deben asegurarse de que el tratamiento para todos los miembros familiares se coordina de manera eficaz.

¿Cómo se trata?

Prevención e intervención temprana

Los estudios de investigación no avalan la intervención mediante técnicas psicológicas o farmacológicas en todas aquellas personas que han sufrido un trauma (Gartlehner G, 2013), dado que se ha demostrado que no disminuyen la incidencia de TEPT o TEA, no disminuyen la intensidad de sus síntomas e incluso puede ser contraproducente en algunos pacientes (Katzman MA , 2014). Lo que sí está demostrado es la necesidad de iniciar el tratamiento cuanto antes en caso de aparición del trastorno para evitar el desarrollo ulterior de TEPT crónico (Shalev A, 2009).

Algunos estudios preliminares han usado fármacos como **propranolol** en sujetos supervivientes de traumas que tenían elevada frecuencia cardiaca, basándose en la teoría de que el bloqueo temprano de la respuesta adrenérgica que se desencadena tras la exposición al trauma, podría prevenir algunos aspectos relacionados con el desarrollo de TEPT (Argolo FC, 2015). Por otro lado resultan prometedores los estudios que se están realizando con el uso de corticoides tras el trauma. En este sentido un estudio observó cómo la aplicación de corticoides en pacientes con insuficiencia corticoidea por cirugía cardiaca o shock séptico disminuía la aparición ulterior de TEPT (Schelling G, 2004). Aunque en la actualidad su uso no se recomienda en las guías de práctica clínica, los resultados están siendo satisfactorios en la disminución de aparición de TEPT (Amos T, 2014).

Tratamiento de las comorbilidades

Cuando un paciente presenta TEPT con depresión, ha de tratarse primero el TEPT porque muchas veces la depresión mejora al hacerlo el TEPT. No obstante en pacientes con TEPT severamente deprimidos, puede ser muy difícil el tratamiento psicológico inicial del TEPT, por lo que los profesionales deben tratar antes la depresión.

En pacientes con TEPT con dependencia o abuso a drogas o alcohol, aunque clásicamente se ha descrito que los profesionales de la salud deben tratar antes el problema de drogas o alcohol, un meta-análisis reciente encuentra que la terapia centrada en el trauma junto con el abordaje de la drogadicción es más eficaz para el tratamiento del TEPT y del abuso a la sustancia que de forma aislada (Roberts NP, 2015). También se ha usado con éxito el tratamiento combinado con **naltrexona** (Sareen J, 2014).

Si se identifica un riesgo alto de suicidio o daño a otros, los profesionales han de concentrarse primero en controlar este riesgo.

Cuando se ofrezcan intervenciones psicológicas centradas en el trauma, a pacientes con TEPT con trastorno de personalidad comórbido, los profesionales deben considerar la ampliación temporal del tratamiento.

Las personas que han perdido a un amigo íntimo o a un familiar, debido a una muerte no natural o súbita, se les debe evaluar para TEPT y duelo traumático. En muchos casos, los profesionales de la salud deben tratar primero el TEPT, sin evitar dialogar sobre el duelo.

Cuando los síntomas son leves y se han presentado antes de las 4 semanas del trauma, los profesionales deben esperar vigilantes y observar la evolución del paciente.

Tratamiento específico de TEPT

Existen dos líneas principales de tratamiento: la psicoterapia y el tratamiento farmacológico. Aunque el tratamiento psicológico se ha postulado como el tratamiento de primera línea en algunas guías, esta propuesta frente al tratamiento farmacológico se basa en hallazgos indirectos, siendo necesarios estudios metodológicamente bien diseñados para aclarar este aspecto (Jonas DE, 2013). La realidad clínica es, que como ocurre con otros trastornos psiquiátricos, el tratamiento suele ser combinado (Sareen J, 2014).

1. Psicoterapia para el TEPT.

Hay dos tipos de psicoterapia centrada en el trauma que han demostrado su eficacia frente a otros tratamientos psicológicos y farmacológicos (Ponniah K, 2009; Bisson JI, 2013):

- La **terapia cognitiva-conductual** (TCC) es el tratamiento más extendido para el TEPT. Existen diferentes tipos de TCC eficaces para el tratamiento del TEPT, como la terapia cognitiva y la terapia de exposición.
 - **Terapia de procesamiento cognitivo** (TPC) en la cual se aprenden habilidades para comprender la forma por la cual el trauma cambia los pensamientos y sentimientos.
 - **Terapia de exposición prolongada** (EP), en la que se habla del trauma de forma repetida hasta que los recuerdos ya no angustian.
- Otro tipo de tratamiento es el de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR, por su sigla en inglés). Esta terapia consiste en focalizarse en los sonidos o movimientos de las manos mientras se habla sobre el trauma. Existen estudios que encuentran mayores beneficios con esta terapia que con las anteriores (Mello PG, 2013) aunque las limitaciones metodológicas de los mismos obligan a ser cautos con la generalización de sus resultados (Chen L, 2015).

Indicaciones de psicoterapia (NICE, 2015):

- **Antes de los 3 meses del trauma:**
 - La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, debe ofrecerse a quienes presenten síntomas postraumáticos graves o TEPT en el primer mes tras el suceso traumático. Estos tratamientos se deben realizar, normalmente, en base a un paciente individual externo. Las intervenciones psicológicas breves (5 sesiones), pueden ser efectivas si el tratamiento comienza en el primer mes tras el suceso traumático. Más allá del primer mes, la duración del tratamiento es similar al TEPT crónico.
 - Se debe ofrecer terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, a personas que presenten TEPT en los 3 meses siguientes al suceso traumático.
 - La duración de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, será de 8-12 sesiones, pero si el tratamiento comienza en el primer mes tras el suceso, serán suficientes menos sesiones (unas 5). El tratamiento debe ser regular y continuo (de al menos una vez a la semana), y debe realizarse por la misma persona.
 - No se deben ofrecer de forma rutinaria a personas con síntomas de TEPT antes de los 3 meses del suceso traumático, intervenciones no centradas en el trauma, como relajación o terapia no directiva, que no acometen los recuerdos traumáticos.
- **Después de los 3 meses del trauma:**
 - La duración del trastorno no parece un impedimento para beneficiarse de la terapia. Muchos pacientes que presentan TEPT han tenido problemas durante meses o incluso años.
 - Se debe considerar ampliar la duración del tratamiento por encima de 12 sesiones, si se han de tratar problemas graves en pacientes con TEPT, especialmente después de múltiples sucesos traumáticos, duelo traumático o incapacidad permanente resultante del trauma, si se presentan trastornos comórbidos significativos o problemas sociales. El tratamiento centrado en el trauma necesita integrarse dentro de un plan global de atención.
 - En algunos pacientes con TEPT, inicialmente puede ser muy difícil y arrollador exteriorizar los detalles de sus sucesos traumáticos. En estos casos, los profesionales de la salud deben considerar dedicar varias sesiones a establecer la relación terapéutica de confianza, y a la estabilización emocional antes de dirigirse al suceso traumático.
 - No parecen ser eficaces las intervenciones no centradas en el trauma, como relajación o terapia no directiva, que no atañen a los sucesos traumáticos a personas que presenten TEPT crónico.
 - En pacientes con TEPT que tienen una mejoría limitada o no tienen, con un tratamiento psicológico específico centrado en el trauma, se debe considerar las opciones siguientes:
 - El aumento del tratamiento psicológico centrado en el trauma, con la prescripción de un tratamiento farmacológico.
 - Una forma alternativa de tratamiento psicológico (por ejemplo, terapia de apoyo/terapia no directiva, hipnoterapia, terapia psicodinámica o psicoterapia sistémica). Los pacientes deberán ser informados de que no hay pruebas convincentes en cuanto a efectos clínicos importantes de estos tratamientos para el TEPT.

2. Fármacos para el TEPT.

El tratamiento farmacológico ha mostrado menor tamaño del efecto comparado con las intervenciones psicológicas centradas en el trauma mencionadas anteriormente (Sareen J, 2014).

Dadas las limitaciones para realizar un tratamiento psicológico reglado en la práctica clínica diaria (necesidad de terapeutas especializados en la realización de estas técnicas, disponibilidad de tiempo por parte del paciente, etc.) y la severidad de los síntomas de TEPT que impiden la realización de una terapia o la asociación con síntomas de depresión o ansiedad al cuadro de TEPT, el tratamiento combinado suele ser habitual.

Además se debe ofrecer tratamiento farmacológico a pacientes adultos de TEPT que rechacen la terapia, no puedan realizarla debido a una grave y continua amenaza (por ejemplo, cuando se da violencia doméstica continua) y en aquellos que hayan conseguido escasos o nulos beneficios en el transcurso del tratamiento psicológico centrado en el trauma.

En cuanto a los tratamientos farmacológicos son de primera elección los ISRS (inhibidores de la recaptación de serotonina) **fluoxetina** o **paroxetina**, así como la **venlafaxina** (inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina) (Hoskins M, 2015). Si hay respuesta al tratamiento este debe de mantenerse al menos 12 meses antes de iniciar una retirada gradual.

Cuando el mayor problema sea el sueño en el paciente adulto de TEPT, la medicación hipnótica puede estar indicada a corto plazo, pero si se precisa tratamiento farmacológico a largo plazo, se debe considerar también el uso ajustado de antidepresivos en un primer estadio. En cualquier caso el tratamiento con benzodiacepinas no se recomienda (Katzman MA, 2014) e incluso se ha contraindicado (Guina RS, 2015) porque se ha asociado a una mayor probabilidad de desarrollo de TEPT. Por ello se recomienda el uso de fármacos como la **mirtazapina** o la **zopiclona** (no así el **zolpidem** que no ha demostrado eficacia) o la **trazodona**.

Otros tratamientos específicos de síntomas asociados al TEPT son la **prazosina** (bloqueante alfa 1 adrenérgico), que disminuye las pesadillas relacionadas con el trauma y el hiperarousal, la **naltrexona** que puede disminuir los *flashbacks* o la **flufenazina** que mejora los síntomas de reexperimentación (Katzman MA, 2014).

Los agentes de tercera línea se pueden utilizar en casos refractarios a los tratamientos habituales (Katzman MA, 2014). Se clasifican en: 1. Antidepresivos como **imipramina** y **amitriptilina** así como el resto de ISRS y **duloxetina**; 2. Anticonvulsivantes como **gabapentina**, **pregabalina** e incluso **ácido valproico**, **litio**, **lamotrigina** y **carbamazepina**; 3. Antipsicóticos como **risperidona**, **aripiprazol** y **quetiapina**. El uso de antipsicóticos merece una mención especial porque pese a que hay estudios que apoyan su eficacia (Han C, 2014; Liu XH, 2014), los efectos secundarios extrapiramidales que conllevan obligan a realizar siempre un balance

riesgo/beneficio siendo necesarios más estudios para generalizar su uso en el TEPT (Liu XH, 2014). Actualmente, si los síntomas de TEPT han sido refractarios a otros tratamientos, los problemas de insomnio persisten o existe un trastorno de personalidad límite el uso de antipsicóticos puede estar indicado.

No se recomienda por no haber demostrado su eficacia en los estudios de investigación, el uso adyuvante con [citalopram](#), [bupropión](#), [olanzapina](#), [topiramato](#), [zolpidem](#) o guanfacina (Katzman MA, 2014).

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) Fifth ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Amos T, Stein DJ, Ipser JC. Pharmacological interventions for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev. 2014;7:CD006239. PubMed [PMID: 25001071](#). [Texto completo](#)
- Antshel KM, Biederman J, Spencer TJ, Faraone SV. The Neuropsychological Profile of Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder in Adult ADHD. J Atten Disord. 2014 Feb 24. [Epub ahead of print]. PubMed [PMID: 24567364](#)
- Argolo FC, Cavalcanti-Ribeiro P, Netto LR, Quarantini LC. Prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol: A meta-analytic review. J Psychosom Res. 2015;79(2):89-93. PubMed [PMID: 25972056](#)
- Asmundson GJ, Wright KD, Stein MB. Pain and PTSD symptoms in female veterans. Eur J Pain. 2004;8(4):345-50. PubMed [PMID: 15207515](#)
- Babson K, Feldner M, Badour C, Trainor C, Blumenthal H, Sachs-Ericsson N, et al. Posttraumatic stress and sleep: differential relations across types of symptoms and sleep problems. J Anxiety Disord. 2011;25(5):706-13. PubMed [PMID: 21482065](#). [Texto completo](#)
- Biederman J, Petty CR, Spencer TJ, Woodworth KY, Bhide P, Zhu J, et al. Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder. Acta Psychiatr Scand. 2013;128(1):78-87. PubMed [PMID: 22985097](#). [Texto completo](#)
- Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013;12:CD003388. PubMed [PMID: 24338345](#). [Texto completo](#)
- Bravo-Mehmedbasic A, Kucukalic A, Kulenovic AD, Suljic E. Impact of chronic Posttraumatic Stress Disorder on the Quality of life of war survivors. Psychiatr Danub. 2010;22(3):430-5. PubMed [PMID: 20856187](#). [Texto completo](#)
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol. 2000;68(5):748-66. PubMed [PMID: 11068961](#)
- Cano-Vindel A, Miguel-Tobal JJ, González-Ordi H, Iruarrizaga I. Los atentados terroristas del 11-M en Madrid: la proximidad de la residencia a las áreas afectadas. Ansiedad y Estrés. 2004;10(2-3):181-94. [Texto completo](#)
- Chen L, Zhang G, Hu M, Liang X. Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. J Nerv Ment Dis. 2015;203(6):443-51. PubMed [PMID: 25974059](#)
- Crespo M, Gómez MM. La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). Accésit de la XVIII edición del Premio de Psicología Aplicada “Rafael Burgaleta” 2011. Clínica y Salud. 2012;23(1):25-41. [Texto completo](#)
- Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Kovess-Masfety V, Lepine JP, Nachbaur G, Negre-Pages L, Vilagut G, Gasquet I; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. J Trauma Stress. 2008;21(5):455-62. PubMed [PMID: 18956444](#)
- DiGrande L, Perrin MA, Thorpe LE, Thalji L, Murphy J, Wu D, et al. Posttraumatic stress symptoms, PTSD, and risk factors among lower Manhattan residents 2-3 years after the September 11, 2001 terrorist attacks. J Trauma Stress. 2008;21(3):264-73. PubMed [PMID: 18553414](#)
- Galea S, Resnick H, Ahern J, Gold J, Bucuvalas M, Kilpatrick D, et al. Posttraumatic stress disorder in Manhattan, New York City, after the September 11th terrorist attacks. J Urban Health. 2002;79(3):340-53. PubMed [PMID: 12200503](#). [Texto completo](#)
- Gartlehner G, Forneris CA, Brownley KA, Gaynes BN, Sonis J, Coker-Schwimmer E, et al. Interventions for the Prevention of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults After Exposure to Psychological Trauma [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 Apr. Report No.: 13-EHC062-EF. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. PubMed [PMID: 23658936](#). [Texto completo](#)
- Guina J, Rossetter SR, DeRHODES BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Psychiatr Pract. 2015;21(4):281-303. PubMed [PMID: 26164054](#)
- Han C, Pae CU, Wang SM, Lee SJ, Patkar AA, Masand PS, et al. The potential role of atypical antipsychotics for the treatment of posttraumatic stress disorder. J Psychiatr Res. 2014;56:72-81. PubMed [PMID: 24882700](#)
- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al.; Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006;126(12):445-51. PubMed [PMID: 16620730](#). [Texto completo](#)
- Hirsch KA. Sexual dysfunction in male Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom patients with severe post-traumatic stress disorder. Mil Med. 2009;174(5):520-2. PubMed [PMID: 20731284](#)
- Hoskins M, Pearce J, Bethell A, Dankova L, Barbui C, Tol WA, et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2015;206(2):93-100. PubMed [PMID: 25644881](#). [Texto completo](#)
- Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, Wilkins TM, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 Apr. Report No.: 13-EHC011-EF. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. PubMed [PMID: 23658937](#). [Texto completo](#)
- Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M; Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry. 2014;14 Suppl 1:S1. PubMed [PMID: 25081580](#). [Texto completo](#)
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593-602. PubMed [PMID: 15939837](#). [Texto completo](#)
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):617-27. PubMed [PMID: 15939839](#). [Texto completo](#)
- Krysinska K, Lester D. Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. Arch Suicide Res. 2010;14(1):1-23. PubMed [PMID: 20112140](#)
- Kubzansky LD, Bordoelois P, Jun HJ, Roberts AL, Cerda M, Bluestone N, et al. The weight of traumatic stress: a prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and weight status in women. JAMA Psychiatry. 2014;71(1):44-51. PubMed [PMID: 24258147](#). [Texto completo](#)
- Lagarde G, Doyon J, Brunet A. Memory and executive dysfunctions associated with acute posttraumatic stress disorder. Psychiatry Res. 2010;177(1-2):144-9. PubMed [PMID: 20381880](#)
- Li J, Brackbill RM, Stellman SD, Farfel MR, Miller-Archie SA, Friedman S, et al. Gastroesophageal reflux symptoms and comorbid asthma and posttraumatic stress disorder following the 9/11 terrorist attacks on World Trade Center in New York City. Am J Gastroenterol. 2011;106(11):1933-41. PubMed [PMID: 21894225](#)
- Liu XH, Xie XH, Wang KY, Cui H. Efficacy and acceptability of atypical antipsychotics for the treatment of post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials. Psychiatry Res. 2014;219(3):543-9. PubMed [PMID: 25015709](#)
- Mello PG, Silva GR, Donat JC, Kristensen CH. An update on the efficacy of cognitive-behavioral therapy, cognitive therapy, and exposure therapy for posttraumatic stress disorder. Int J Psychiatry Med. 2013;46(4):339-57. PubMed [PMID: 24922986](#)
- Miguel-Tobal JJ, Cano-Vindel A, Gonzalez-Ordi H, Iruarrizaga I, Rudenstine S, Vlahov D, et al. PTSD and depression after the Madrid March 11 train bombings. J Trauma Stress. 2006;19(1):69-80. PubMed [PMID: 16568454](#)
- Moore SA. Cognitive abnormalities in posttraumatic stress disorder. Curr Opin Psychiatry. 2009;22(1):19-24. PubMed [PMID: 19122530](#)
- Morina N, Wicherts JM, Lobbrecht J, Priebe S. Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. Clin Psychol Rev. 2014;34(3):249-55. PubMed [PMID: 24681171](#)

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The management of post traumatic stress disorder in primary and secondary care. CG26. London: NICE; 2005. [Texto completo](#)
- Neria Y, Wickramaratne P, Olfson M, Gameroff MJ, Pilowsky DJ, Lantigua R, et al. Mental and physical health consequences of the September 11, 2001 (9/11) attacks in primary care: a longitudinal study. J Trauma Stress. 2013;26(1):45-55. PubMed [PMID: 23319335](#). [Texto completo](#)
- Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Anxiety Disord. 2011;25(3):456-65. PubMed [PMID: 21168991](#). [Texto completo](#)
- Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a review. Depress Anxiety. 2009;26(12):1086-109. PubMed [PMID: 19957280](#). [Texto completo](#)
- Reynolds M, Mezey G, Chapman M, Wheeler M, Drummond C, Baldacchino A. Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. Drug Alcohol Depend. 2005;77(3):251-8. PubMed [PMID: 15734225](#)
- Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2015;38:25-38. PubMed [PMID: 25792193](#)
- Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. Can J Psychiatry. 2014;59(9):460-7. PubMed [PMID: 25565692](#). [Texto completo](#)
- Schelling G, Kilger E, Roozendaal B, de Quervain DJ, Briegel J, Dagge A, et al. Stress doses of hydrocortisone, traumatic memories, and symptoms of posttraumatic stress disorder in patients after cardiac surgery: a randomized study. Biol Psychiatry. 2004;55(6):627-33. PubMed [PMID: 15013832](#)
- Shalev AY. Posttraumatic stress disorder and stress-related disorders. Psychiatr Clin North Am. 2009;32(3):687-704. PubMed [PMID: 19716997](#). [Texto completo](#)
- Smid GE, Mooren TT, van der Mast RC, Gersons BP, Kleber RJ. Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. J Clin Psychiatry. 2009;70(11):1572-82. PubMed [PMID: 19607763](#)
- Spencer AE, Faraone SV, Bogucki OE, Pope AL, Uchida M, Milad MR, et al. Examining the association between posttraumatic stress disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2015 May 12. [Epub ahead of print]. PubMed [PMID: 26114394](#)
- Welch AE, Caramanica K, Maslow CB, Cone JE, Farfel MR, Keyes KM, et al. Frequent binge drinking five to six years after exposure to 9/11: findings from the World Trade Center Health Registry. Drug Alcohol Depend. 2014;140:1-7. PubMed [PMID: 24831753](#)
- Westphal M, Olfson M, Gameroff MJ, Wickramaratne P, Pilowsky DJ, Neugebauer R, et al. Functional impairment in adults with past posttraumatic stress disorder: findings from primary care. Depress Anxiety. 2011;28(8):686-95. PubMed [PMID: 21681868](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, Robert NP. Post-traumatic stress disorder. BMJ. 2015 Nov 26;351:h6161. PubMed [PMID: 26611143](#)
- National Institute of Health (NIH). Publications about PTSD (español). Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/ptsd-listing.shtml>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The management of post traumatic stress disorder in primary and secondary care. CG26. London: NICE; 2005. [Texto completo](#)
- Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). Comisión de estrés postraumático y malos tratos. Trastorno por estrés postraumático. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/comision/tep/tep/index.htm>
- The Mental Elf. The National Elf Service. Disponible en: <http://www.nationalelfservice.net/?s=ptsd>
- US Department of Veterans Affairs. National Center for PTSD. Disponible en: <http://www.ptsd.va.gov/>

Autores

▪ Javier Quintero	Médico Especialista en Psiquiatría (1)
▪ Josefa Pérez-Templado	Médico Especialista en Psiquiatría (2)
▪ Fernando Mora	Médico Especialista en Psiquiatría (3)

(1) Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Leonor. Profesor Asociado de Psiquiatría. Universidad Complutense de Madrid. Fundación Psiformación.
(2) Assistance Professor of Psychiatry and Behavioral Sciences. University of Miami. Fundación Psiformación.
(3) Médico adjunto del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Leonor. Fundación Psiformación.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

