



# Trastornos de ansiedad relacionados con traumas y otros factores de estrés

J. Cambra Almerge y L. Camarillo Gutiérrez

Servicio de Psiquiatría B. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

## Palabras Clave:

- Trastorno por estrés postraumático (TEPT)
- Trauma
- Ansiedad

## Keywords:

- Post-traumatic stress disorder (PTSD)
- Trauma,
- Anxiety

## Resumen

Los trastornos de ansiedad (TA) constituyen el grupo de enfermedades mentales más comunes, con una prevalencia general del 2-8% y un 10-12% en las consultas de Atención Primaria. El DSM-5 distingue la categoría "Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés", en la que el principal diagnóstico es el trastorno por estrés postraumático (TEPT), a cuya actualización vamos a dedicar este artículo. La prevalencia del TEPT es del 6,4-6,8%, suele comenzar en la veintena y es más frecuente en mujeres. Se asocia a altas tasas de deterioro funcional, quejas somáticas, riesgo de suicidio y otros trastornos psiquiátricos comórbidos. Es importante el diagnóstico precoz para identificar a las personas que podrían beneficiarse de un tratamiento que, por lo general, incluye psicoeducación al paciente y a los familiares, psicoterapia y psicofármacos, siendo los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) los de primera elección. La derivación al psiquiatra se realizará ante el riesgo suicida, una mala respuesta al tratamiento o presencia de comorbilidades.

## Abstract

### Trauma and stressor-related anxiety disorders

Anxiety disorders are the most common group of mental diseases, with an overall prevalence of 2-8% and a 10-12% rate in primary care consultations. The DSM-5 differentiates the category "trauma and stressor-related disorders", in which the main diagnosis is post-traumatic stress disorder (PTSD). This article is devoted to the update of this category. The prevalence of PTSD is 6.4-6.8%, usually starts in the twenties and is more common among women. PTSD is associated with high rates of functional impairment, sleep complaints, a risk of suicide and other comorbid psychiatric disorders. Early diagnosis is important to identify individuals who can benefit from treatment, which generally includes psychoeducation for patients and families, as well as psychotherapy and psychoactive drugs, with selective serotonin reuptake inhibitors as the first choice. Patients are referred to psychiatrists when there are comorbidities, a risk of suicide or a poor response to treatment.

## Introducción y concepto

La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa una posible amenaza, y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie

de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales<sup>1</sup>. El estado mental de miedo se acompaña de cambios fisiológicos que preparan para la defensa o huida, con un aumento de la actividad simpática. Todos estos cambios son respuestas normales ante situaciones de estrés<sup>1</sup>. En ocasiones, la ansiedad

no facilita una mejor adaptación, surgiendo falsas alarmas ante posibles amenazas que realmente no lo son, o en otras ocasiones tienden a percibir reiteradamente una serie de amenazas magnificadas que provocan niveles excesivamente altos de ansiedad<sup>1</sup>. La ansiedad se convierte en patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada<sup>2</sup>. Los trastornos de ansiedad (TA) son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo<sup>3</sup>.

En la literatura, el estrés es definido como un proceso en el cual las demandas del medio ambiente exceden la capacidad de adaptación del individuo, provocando cambios biológicos o psicológicos que aumentan el riesgo de enfermar. El efecto del estrés en el individuo dependerá de factores individuales, de la situación o de las experiencias previas. Cuando un evento supera la capacidad individual para hacerle frente, se desencadena una crisis<sup>2</sup>.

El concepto de trastorno de estrés postraumático (TEPT) cuenta con una historia de algo más de 30 años, desde su inclusión como tal en la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) en 1980<sup>4</sup>. La existencia de un acontecimiento traumático como factor etiológico es lo que hace al TEPT diferente de otros TA<sup>4</sup>. La definición del acontecimiento traumático resulta esencial en el diagnóstico, ya que este tiene como punto de partida la etiología y no la sintomatología que presenta la persona<sup>4</sup>. Recientemente se ha demostrado que según el tipo de acontecimiento traumático sufrido, prevalecían unos síntomas sobre otros, o incluso se modificaba la probabilidad de desarrollar un TEPT<sup>4</sup>.

Muchos de los pacientes no relacionan sus síntomas actuales con experiencias traumáticas previas, en ocasiones porque no existe un trauma claro y específico. A veces los pacientes omiten la información traumática, bien por vergüenza (por ejemplo mujeres víctimas de agresiones sexuales), porque resulta muy doloroso hablar de ello, o incluso porque la propia sintomatología postraumática, como la evitación, no favorece las verbalizaciones relacionadas con el acontecimiento traumático. Esto pone de manifiesto la necesidad de evaluar específicamente los acontecimientos traumáticos e indagar la posible presencia de trastornos relacionados con ellos. El hecho de ser víctima de situaciones traumáticas concretas como violación, agresión sexual o abuso sexual infantil pone a la víctima en situación de riesgo para desarrollar un TEPT.

## Epidemiología

Los TA son, como grupo, las enfermedades mentales más comunes, siendo frecuentes en la actividad clínica de Atención Primaria<sup>1</sup>. Se calcula que uno de cada 10 pacientes que se atienden diariamente presentan un TA, siendo incluso más comunes que la diabetes mellitus<sup>3</sup>. Asimismo, se ha observado en los últimos años un incremento de los casos de TA, así como de la comorbilidad que a menudo los acompaña<sup>1</sup>. Se asocia con una pérdida importante de calidad de vida<sup>5</sup> y de

funcionalidad, lo que a su vez incrementa la gravedad de los síntomas. Los datos epidemiológicos varían notablemente en función de los estudios analizados. En la población general, la prevalencia es de un 2-8% y en las consultas de Atención Primaria de un 10-12%<sup>1</sup>. Su prevalencia de por vida es de un 31%, más elevada que la de los trastornos afectivos o por el uso de sustancias, y unas tasas de prevalencia a los doce meses de un 18%<sup>6</sup>. Es dos veces más prevalente en mujeres<sup>7</sup>. En España, la prevalencia de los TA varía en torno al 2,3-8,9%, llegando a cifras entre 9-19,5% cuando hablamos de pacientes que acuden a un centro sanitario por tener percepción de malestar<sup>5,8</sup>. La ansiedad y los trastornos relacionados se asocian con un mayor riesgo de desarrollar una depresión mayor comórbida.

Aunque entre un 50 y un 90% de la población puede estar expuesta a eventos traumáticos durante sus vidas<sup>2</sup>, no todos desarrollan trastorno de estrés agudo o TEPT. Algunos estudios cifran el riesgo de estar expuesto a un estresor traumático en un 60,7% para hombres y un 51,2% para mujeres<sup>9</sup>, pero sólo un estimado 8% de varones expuestos y un 20% de mujeres desarrollará TEPT<sup>7,10</sup>. La prevalencia del TEPT a nivel europeo se encuentra entre el 6,4-6,8%, con tasas de prevalencia a 12 meses de 1,1-3,5%<sup>5</sup>. El comienzo suele ser a mediados de la veintena, y la prevalencia es aproximadamente el doble entre mujeres que en hombres<sup>5</sup>.

En Atención Primaria el TEPT está infradiagnosticado e infratratado<sup>10</sup>, se asocia a un mayor número de hospitalizaciones y a estancias más largas, así como a un mayor uso de los servicios generales de salud y de salud mental<sup>5,11</sup>. Se ha visto que los pacientes con TEPT hacen mayor uso de los servicios generales de salud que de los específicos de salud mental<sup>10,11</sup>; y que las mujeres víctimas de delitos acuden 2,5 veces más a los servicios médicos no psiquiátricos que las que no son víctimas<sup>11</sup>. Dada la prevalencia del TEPT y su angustia y discapacidad asociada, los médicos generales, psicólogos y psiquiatras deben estar preparados para reconocer y tratar estos trastornos.

Los factores de buen pronóstico en la evolución del TEPT son el inicio rápido de los síntomas, la corta duración de estos (menos de 6 meses), un buen nivel de funcionamiento premórbido, una buena red de apoyo social, no ser niño o anciano y la ausencia de otros trastornos psiquiátricos o médicos<sup>7</sup>.

## Etiopatogenia

Como hemos señalado anteriormente, para la aparición de un TEPT es condición indispensable el haber presentado un evento traumático, siendo este el causante del TEPT<sup>12</sup>. Entre las características facilitadoras del inicio del TEPT se han señalado<sup>4</sup>: elevada intensidad del acontecimiento, alta frecuencia, exposición al acontecimiento en edades tempranas, y que el agente causante del acontecimiento sea el ser humano. El trastorno puede aparecer incluso en personas sin condiciones predisponentes si el suceso estresante es particularmente extremo. También se han detectado casos tras la exposición repetida a estresores menores<sup>4,11</sup>.

Entre las causas más frecuentes de trauma que ocasionan TEPT se encuentran la muerte inesperada, la enfermedad o

daño grave de alguien cercano, tener un hijo gravemente enfermo o haber sufrido maltrato por la pareja o un cuidador<sup>5</sup>. También el combate militar, ataques personales violentos (agresión sexual, agresión física, atraco), desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes graves o recibir un diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales. En los niños, los sucesos traumáticos sexuales pueden incluir las experiencias sexuales evolutivamente inapropiadas sin amenaza, violencia o daño. Aunque la investigación muestra que las personas que han estado más expuestas a un evento traumático están en mayor riesgo, todavía se desconocen los factores específicos que predicen el desarrollo de TEPT<sup>7</sup>. Para que se desarrolle un TEPT se requiere la interacción del suceso traumático (ya sea directamente experimentado, observado o transmitido) con otras condiciones, como una vulnerabilidad biológica y una vulnerabilidad psicológica, de modo que al interactuar con el evento traumático, la persona aprende a responder con miedo y ansiedad desproporcionados ante ciertos estímulos y desarrolla una aprensión o expectativa ansiosa a volver a experimentar las respuestas condicionadas de miedo (alarmas aprendidas) y los estímulos internos o externos relacionados con el trauma<sup>7</sup>. También se requieren unos esquemas cognitivos alterados y aprensión social.

La neuroimagen ha permitido a los investigadores explorar las bases neurobiológicas de TEPT. Hay estudios que relacionan diversas áreas y funcionamiento cerebral con la sintomatología del TEPT, aunque de momento no están claras las áreas exactas implicadas y si las diferencias son predisponentes o perpetuantes del trastorno. Tras un evento estresante se produce una interrupción del modo normal de procesamiento cerebral, incluyendo la incapacidad de crear una memoria coherente de la experiencia, ya que todos los aspectos de la memoria, los sentidos, el pensamiento y la emotividad se mostrarán incapaces de ser categorizados e integrados con otras experiencias<sup>13</sup>. Cada uno de los sistemas de memoria está asociado con áreas particulares del sistema nervioso central, siendo pieza clave el hipocampo y la amígdala<sup>14</sup>. En estudios realizados con resonancia magnética cerebral se ha demostrado una reducción en el volumen del hipocampo en los individuos con TEPT, apoyándose que esta disminución podría predisponer a las personas a desarrollar TEPT y no ser consecuencia de él. Se ha identificado el estrés, especialmente el crónico, como causa potencial de daño neuronal a nivel hipocampal que provoca una hipertrofia compensatoria en subregiones de la amígdala, aumentando esta de volumen<sup>14</sup>. El daño hipocampal puede deberse al aumento de glucocorticoides, pues inhiben la neurogénesis y disminuyen los niveles del factor neurotrópico derivado del cerebro durante y después de la exposición a un evento estresante, pudiendo permanecer elevados días después, y causando diversas alteraciones neuronales que derivarán en una atrofia. Como el hipocampo media las funciones de memoria, su atrofia podría dar como resultado recuerdos experimentados como atemporales y fraccionados<sup>14</sup>.

La amígdala es importante en la adquisición, la regulación emocional y el aprendizaje, el condicionamiento y la extinción de los mecanismos del miedo. Las alteraciones en estos mecanismos conducen a los recuerdos intrusivos, los

*flashbacks* y la hiperactivación automática, con la evitación y reacciones de entumecimiento emocional como defensa frente a dichos síntomas.

Otra estructura implicada es la corteza prefrontal medial, que proporciona una retroalimentación negativa a la amígdala, regulando la activación de esta durante las experiencias traumáticas. Se ha visto que individuos con TEPT tienen una disminución de la actividad de la corteza medial prefrontal asociada a hiperactivación de la amígdala. La hiperactividad de la amígdala, o una respuesta exagerada de la misma, se ha propuesto como la causa del fallo en la extinción del estímulo temeroso que estaría relacionado con el grupo de síntomas de hiperactividad.

## Manifestaciones clínicas

Los síntomas de TEPT pueden aparecer inmediatamente después del evento traumático, o tardar meses o años en hacerlo. Puede suceder que la persona no recuerde el trauma durante años por una amnesia disociativa, y de pronto en la veintena, por cualquier causa, recordar el suceso con detalle y desencadenarse el TEPT. Este se caracteriza por presentar cuatro grupos de síntomas, aunque la frecuente existencia de comorbilidades en ocasiones dificulta el diagnóstico.

## Reexperimentación del acontecimiento traumático

Episodios de reviviscencias, en donde el incidente parece estar sucediendo de nuevo una y otra vez; pesadillas y recuerdos reiterativos y angustiosos del evento traumáticos; reacciones fuertes y molestas a situaciones, lugares o personas que le recuerdan el hecho.

## Evitación

El paciente realiza importantes esfuerzos por evitar los pensamientos acerca del acontecimiento traumático, además de los lugares u objetos que le recuerden ese episodio. También pueden desarrollar insensibilidad emocional, con sentimientos de indiferencia y falta de interés en las actividades normales. Pueden tener incapacidad para recordar aspectos importantes del evento y sensación de tener un futuro incierto.

## Aumento de la reactividad/estado de hiperalerta

Los pacientes se encuentran constantemente en tensión e hiperalerta, lo que les lleva a tener serias dificultades de concentración, se sobresaltan fácilmente, examinan los alrededores en busca de signos de peligro (hipervigilancia) y pueden sentirse irritables o tener ataques de ira ante mínimos desencadenantes, incluso presentar comportamiento autodestructivo.

tivo o imprudente. También suelen tener dificultades para conciliar el sueño y para permanecer dormido.

### Pensamientos y estados de ánimo o sentimientos negativos

Pueden tener estados emocionales negativos y persistentes como tristeza, miedo o enfado; sentimientos de desapego con los demás; pérdida de intereses en actividades significativas; incapacidad para experimentar emociones positivas; creencias negativas sobre el mundo. También es frecuente y genera gran malestar la percepción distorsionada de la causa del suceso, pues puede acarrear profundos sentimientos de culpa hacia uno mismo, llegando a tener incluso la “culpa del superviviente” (por ejemplo el marido que sobrevive a un accidente de coche en el que fallece su mujer y sus dos hijos, se siente culpable por no haber fallecido él y que se hubieran salvado sus hijos) y pudiendo culpar a otros, como la madre que acusa a un amigo de su hijo porque era él quien conducía la moto cuando un camión los embistió.

El paciente además puede tener síntomas disociativos como experiencias de desrealización o despersonalización.

### Diagnóstico

El reconocimiento de los TA en los pacientes que acuden a la consulta aumenta la capacidad del médico para dar una atención total e integral al paciente<sup>1</sup>. Para llegar a una comprensión global del paciente y poder establecer un diagnóstico de los TA, el instrumento por excelencia es la entrevista clínica. En ella se establecen o reactualizan las bases de la relación y se recoge la información necesaria para llevar a cabo un diagnóstico. En primer lugar, habrá que descartar una etiología o comorbilidad médica o neurológica<sup>1</sup>. Posteriormente es necesario establecer una categoría nosológica, según la quinta edición del DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5) o la CIE-10. El planteamiento inicial cuando nos llega a la consulta un paciente refiriendo ansiedad se detalla en la figura 1.

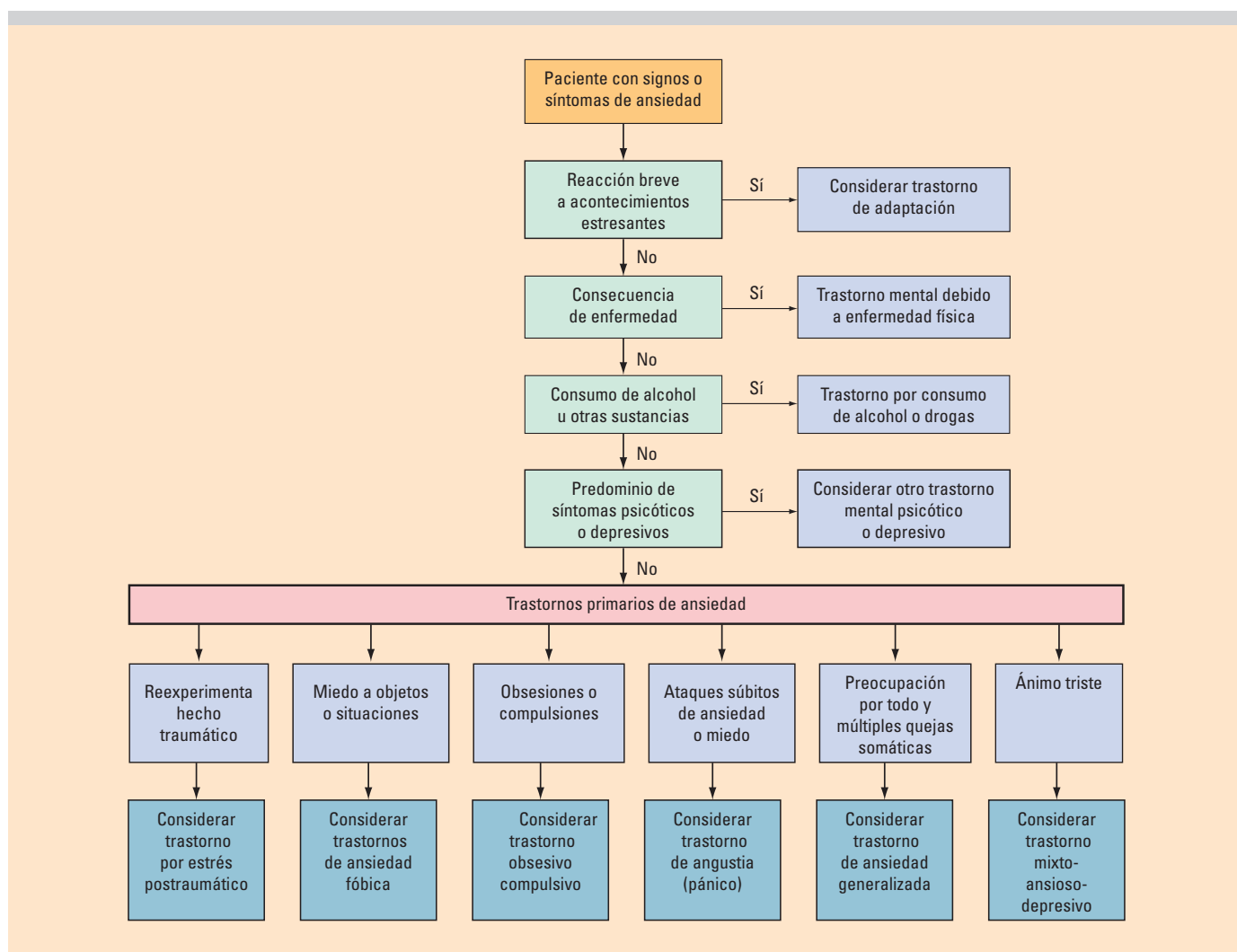


Fig. 1. Algoritmo diagnóstico del paciente ansioso. Tomada de Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria<sup>8</sup>.

Para identificar posibles pacientes con diagnóstico de TEPT, podemos emplear preguntas de detección<sup>15</sup> de diversos cuestionarios, como las siguientes<sup>5</sup>:

1. ¿Ha sufrido o ha visto algún evento traumático o que ponga en peligro la vida, como los siguientes: violación, accidente, alguien que haya sido gravemente herido, asesinato, agresión, desastre natural o provocado por el hombre, guerra o tortura? Si respondiera que sí, pasaríamos a la siguiente.

2. ¿Reexperimenta el evento de una manera perturbadora en sueños, recuerdos intrusivos, *flashbacks* o sufre reacciones físicas en situaciones que le recuerdan el evento?

Una vez establecida la sospecha de TEPT, ya sea por la respuesta positiva a las anteriores preguntas, por la clínica o porque encontramos un evento traumático en la historia del paciente, pasaremos a realizar el diagnóstico. Si la clínica nos orienta a dicho trastorno pero no identificamos el evento traumático, debemos explorarlo minuciosamente pero de forma delicada. Para ayudar al diagnóstico hay múltiples escalas y cuestionarios, basados generalmente en los criterios diagnósticos del DSM. El recientemente publicado DSM-5 clasifica en el apartado “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” los siguientes trastornos<sup>16</sup>:

1. Trastorno del apego reactivo que se diagnostica en niños en edad de desarrollo de más de 9 meses.

2. Trastorno de relación social desinhibida que se da en niños de edad de desarrollo de más de 9 meses.

3. Trastorno de estrés postraumático, cuyos criterios diagnósticos aparecen en la tabla 1<sup>17</sup>. Se distinguen también unos criterios específicos para menores de seis años.

4. Trastorno de estrés agudo, similar al TEPT, pero con síntomas que aparecen a los 3 días del trauma y de duración menor de un mes.

5. Trastornos de adaptación.

6. Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado.

7. Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado.

En la tabla 1 se detallan los criterios diagnósticos que propone la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el DSM-5.

## Comorbilidades

El TEPT se asocia con diversas condiciones físicas y psíquicas comórbidas que pueden afectar negativamente a la respuesta al tratamiento, salvo que sean abordadas<sup>10</sup>, además de que pueden complicar el diagnóstico. Se estima que el 75% de los pacientes con TEPT tiene otro trastorno psiquiátrico comórbido<sup>5</sup>, siendo particularmente altas las tasas para otros TA y relacionados<sup>10</sup>, depresión mayor, trastorno oposicionista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno por uso de sustancias<sup>10</sup>, dependencia alcohólica y trastorno límite de personalidad. La comorbilidad con el trastorno de pánico o los trastornos afectivos se asocian a una mayor discapacidad funcional que el TEPT únicamente<sup>5</sup>. Los pacientes con TEPT y trastorno límite de personalidad tienen una peor calidad de vida, más comorbilidades con otras condiciones psiquiátricas y un aumento en

TABLA 1

**Criterios diagnósticos de trastorno de estrés postraumático según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)***

**A. Exposición a muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en uno o más de las siguientes**

- Experiencia directa del suceso(s)
- Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros
- Conocimiento de que el suceso(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo
- En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental
- Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s)
- Nota: 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(s)**

- Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s).  
Nota: en niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s)
- Sueños angustiosos recurrentes relacionados con el suceso(s).  
Nota: en niños, pueden ser sueños aterradores sin contenido reconocible
- Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s).  
Nota: en 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)
- Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s)

**C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el 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)
- Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s)

**D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s), como se pone de manifiesto por 2 o más de las siguientes**

- Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s)
- Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo
- Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás
- Estado emocional negativo persistente
- Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas
- Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás
- Incapacidad de experimentar emociones positivas

**E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s), como se pone de manifiesto por 2 o más de las siguientes**

- Comportamiento irritable y arrebatos de furia que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos
- Comportamiento imprudente o autodestructivo
- Hipervigilancia
- Respuesta de sobresalto exagerada
- Problemas de concentración
- Alteración del sueño

**F. Duración superior a un mes**

**G. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento**

**H. La alteración no se puede atribuir a los efectos de una sustancia o a otra afección médica**

Especificar si, con síntomas disociativos, además experimenta síntomas persistentes/recurrentes de una de las 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 (por ejemplo, como si se soñara; sentido de irrealidad)
2. Desrealización: experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (por ejemplo, el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado)

Nota: los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica

Especificar si, con expresión retardada: la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos)

la probabilidad de suicidio de por vida, frente a los pacientes con solo una de dichas condiciones<sup>5</sup>. Un 20-50% de los pacientes con TEPT puede presentar dolor crónico comórbido. Es importante explorar la ideación suicida, ya que uno de cada 5 pacientes con TEPT puede intentar suicidarse<sup>15</sup>. Se ha visto que la comorbilidad con un trastorno afectivo incrementa significativamente el riesgo suicida.

## Tratamiento

El tratamiento del TEPT (fig. 2) tiene varios objetivos: reducir la gravedad de los síntomas, prevenir y/o tratar trastornos comórbidos, disminuir el deterioro funcional, modificar los esquemas de miedo patógenos, prevenir una recaída, aumentar la resiliencia y mejorar la calidad de vida<sup>10</sup>. En el manejo de estos pacientes, se debe incluir el tratamiento psicológico, farmacológico, psicoeducación para ellos y sus familiares de otras probables consecuencias de la exposición al trauma y de las posibles comorbilidades, intervenciones de apoyo<sup>10</sup> y técnicas de relajación<sup>5</sup>. Ante una mala respuesta a fármacos, intolerancia a los mismos, riesgo de suicidio o de abuso de sustancias u otras comorbilidades, estaría indicado derivar al paciente al psiquiatra<sup>3</sup>.

## Prevención y tratamiento precoz

Diversos metaanálisis han demostrado que la terapia a todas las personas expuestas a trauma, tengan o no síntomas, no es beneficiosa sino que incluso podría ser perjudicial<sup>5</sup>. Por tanto, se recomienda la detección y el tratamiento de las personas adecuadas. Hay pocos datos sobre el uso de la farmacoterapia para la prevención del TEPT. Los estudios de cohortes sobre el uso del bloqueador beta propranolol han sido contradictorios, pero un ensayo clínico aleatorizado (ECA) mostró una disminución significativa en la gravedad de los síntomas de TEPT y menor probabilidad de desarrollar TEPT posterior. Algunos estudios sugieren que el uso precoz de morfina durante la atención del trauma puede reducir el riesgo de desarrollo posterior de TEPT en niños y adultos.

## Tratamiento psicológico

La psicoterapia ha demostrado una eficacia significativa, aunque un metaanálisis sugiere que puede ser menos efectiva que la farmacoterapia en la mejora de TEPT y síntomas de depresión comórbidos<sup>5</sup>. A pesar de ello, a la mayoría de los pacientes se les debería ofrecer la psicoterapia para tratar los síntomas específicos y las posibles comorbilidades. A continuación enumeramos las técnicas que han demostrado mayor evidencia.

### Terapia de exposición prolongada

Se considera actualmente, junto con la terapia cognitivo conductual (TCC), como el tratamiento con la mayor evidencia de su eficacia<sup>2,13</sup>. Con la terapia de exposición prolongada se reducen los síntomas de reexperimentación y los de evita-

ción, el embotamiento afectivo y la activación fisiológica, así como la ansiedad y la depresión<sup>7</sup>.

### Terapia cognitivo conductual

Es más eficaz que la lista de espera, el entrenamiento en relajación y la terapia de apoyo<sup>7</sup>. Hay tres tipos de TCC, la terapia cognitivo conductual breve centrada en el trauma (TCC-CT), la terapia enfocada al manejo de estrés y la terapia de grupo<sup>2</sup>. Nuevos estudios demuestran que la TCC-CT se puede aplicar con éxito en pacientes con TEPT que sufren comorbilidades graves como el trastorno límite de personalidad o el abuso de sustancias<sup>13</sup>.

### Terapia cognitiva

Ha resultado eficaz tras la violencia sexual o interpersonal, el trauma civil y el trauma militar<sup>5</sup>.

### Técnica de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares

Aparece en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el TEPT. Se basa en la teoría de que cuando tenemos alguna experiencia traumática parece que el cerebro no logra procesar el evento, y el incidente se queda como un tipo de “nudo neurológico”, causando los síntomas típicos del TEPT. Con los movimientos EMDR, se estimula la red donde se quedó atrapado el recuerdo, de forma que cada serie de movimientos de la técnica de Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) va “desatracando” la información perturbadora y termina disipando los pensamientos, sentimientos, imágenes y emociones, que son reemplazadas por una actitud positiva. Esta técnica es superior a otros modelos de tratamiento en términos de eficiencia<sup>13</sup>; la reducción de síntomas es más rápida<sup>5</sup>, lo que reduce el número de sesiones necesarias para obtener los mismos resultados que otros tipos de terapia; tiene menor número de abandonos, lo que lleva a la conclusión de que es mejor tolerada.

### Otras terapias eficaces

Serían la terapia de ensayo en imaginación (IRT), que se emplea en el tratamiento psicológico de las pesadillas<sup>10,18</sup> y es eficaz en víctimas de abusos sexuales; la psicoterapia breve ecléctica y la terapia de exposición narrativa. La eficacia de terapias no centradas en el trauma (terapia de apoyo, terapia psicodinámica e hipnoterapia) es controvertida, pues los estudios arrojan resultados contradictorios<sup>5,10</sup>. Últimamente se están desarrollando “mini-intervenciones”, módulos cortos para abordar problemas específicos<sup>5</sup>.

### Efectos a largo plazo de las terapias psicológicas

Datos de estudios abiertos de seguimiento de los tratamientos psicológicos sugieren que los beneficios se mantienen entre 6 y 18 meses después del tratamiento<sup>5</sup>. El seguimiento a largo plazo de los pacientes tratados con EMDR mostró que los beneficios se mantuvieron a los tres años, encontrando a la mayoría de los pacientes en los que habían remitido inicialmente en plena capacidad para trabajar. El porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento es mayor en la terapia farmacológica (32%) que en la psicológica (14%).

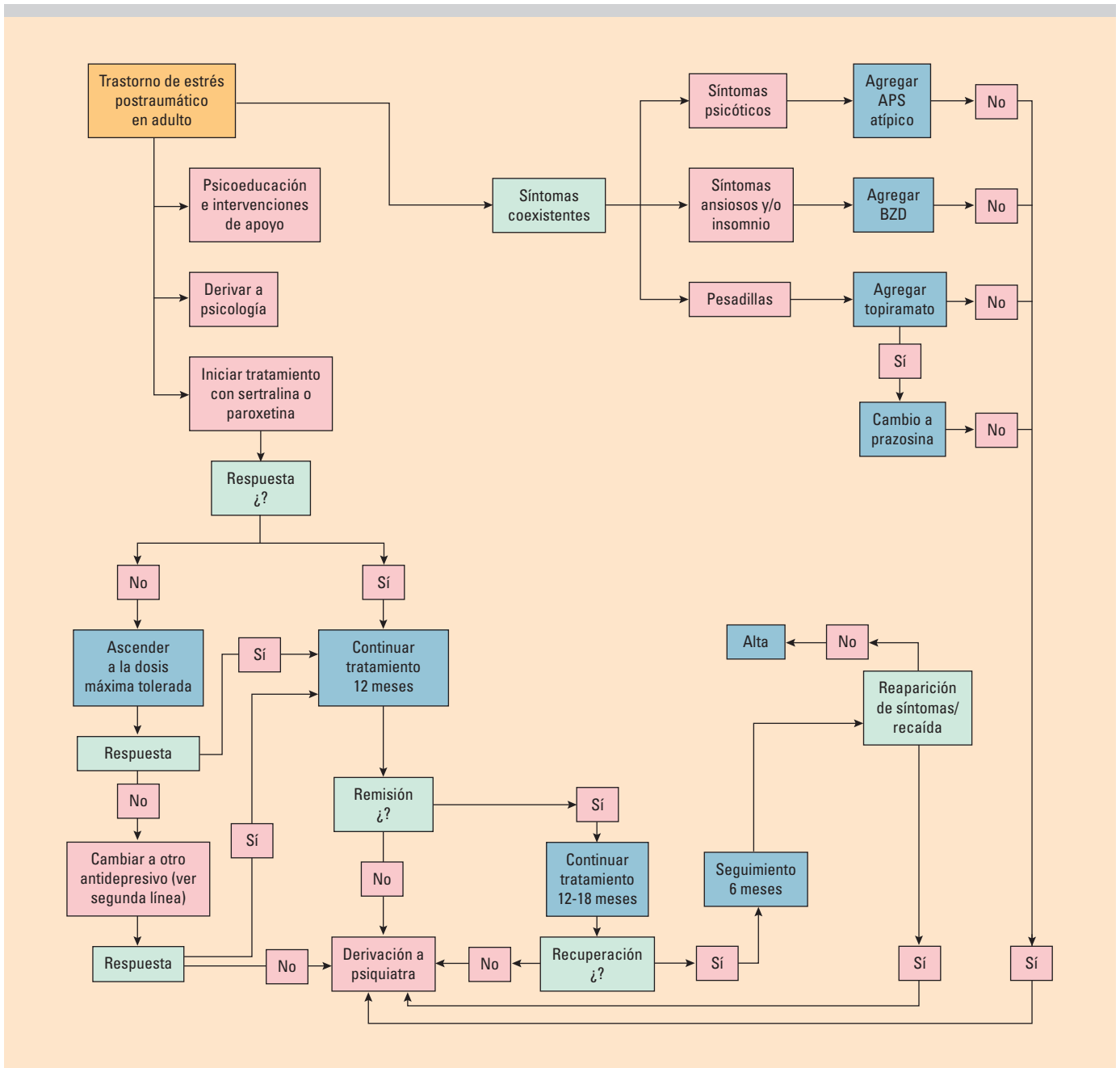


Fig. 2. Algoritmo terapéutico. APS: antipsicóticos; BZD: benzodiacepina. Modificada de: Diagnóstico y manejo del estrés postraumático<sup>2</sup>.

### Tratamiento combinado

Hay escasa investigación y los resultados son contradictorios<sup>5</sup>. Un ECA reciente encontró que la terapia de combinación era superior a la psicoterapia sola.

### Terapia farmacológica

El 70% de los pacientes tratados presenta una mejoría de moderada a marcada (reducción del 30-50% en los síntomas), aunque la existencia de síntomas residuales, especialmente el embotamiento afectivo y la irritabilidad, es común.

Las guías clínicas en general apoyan la necesidad de optimizar la monoterapia, continuando con la misma dosis durante cuatro semanas si el paciente tolera bien la medicación y se produce una adecuada respuesta, cambiando a otro fármaco si se produce intolerancia, o incrementando la dosis o cambiando a otro agente si no se produce mejoría tras ocho semanas de tratamiento<sup>10</sup>.

### Primera línea de tratamiento

Los fármacos con mejor evidencia de su eficacia en el TEP son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (fluoxetina, paroxetina, sertralina) y el inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), venlafaxi-

na, en su forma de liberación prolongada, que tienen nivel 1 de evidencia<sup>5</sup>. Con estos fármacos se mejoran un 30% más de los síntomas que los tratados con placebo<sup>2</sup>, incluyendo los pensamientos intrusivos y los *flashbacks*, la irritabilidad y la ira, los problemas de concentración, la hipervigilancia, la inquietud y la ansiedad, así como el ánimo deprimido<sup>10</sup>. Además, son seguros en caso de sobredosis y suelen tener menos efectos secundarios que otros. Los efectos secundarios más frecuentes serán síntomas gastrointestinales dosis dependientes como náuseas, vómitos, dispepsia, dolor abdominal, diarrea o estreñimiento; otros menos frecuentes serían alteraciones en el peso, reacciones de hipersensibilidad, sequedad de boca, nerviosismo, cefalea, insomnio, disfunción sexual, retención urinaria o convulsiones<sup>13</sup>.

Se recomienda iniciar el tratamiento con paroxetina en dosis de 20 o 40 mg al día, pudiendo aumentar hasta un máximo de 60 mg. Otra opción sería iniciar el tratamiento con sertralina con 50-100 mg al día, incrementando cada cinco días 50 mg, hasta un máximo diario de 200 mg.

Se debe informar a los pacientes de que pueden tardar de seis a ocho semanas en lograr un beneficio terapéutico completo, y que suspender bruscamente la toma de dichos fármacos podría causar la aparición de un síndrome de retirada consistente en ansiedad, insomnio, depresión, irritabilidad, labilidad emocional, sueños vívidos, temblores, fatiga y mareos que podrían confundirse con un empeoramiento de los síntomas de TEPT<sup>10,19</sup>.

Se aconseja que la duración del tratamiento sea de un año si ha habido buena respuesta, y mayor de 24 meses cuando quedan síntomas residuales. La retirada del fármaco debe hacerse a lo largo de 2-4 semanas para evitar el síndrome de discontinuación.

### Segunda línea

Emplearíamos otros antidepresivos como mirtazapina (nivel 2) o fluvoxamina (nivel 2).

### Otros fármacos

**Antidepresivos.** Imipramina (nivel 1), amitriptilina (nivel 2), duloxetine (nivel 3), reboxetina (nivel 2) o bupropión (nivel 2)<sup>5</sup>. Se recomienda evitar los inhibidores de la enzima monoaminoxidasa (MAO) y los antidepresivos tricíclicos por sus efectos adversos.

**Anticonvulsivantes.** Los datos sugerentes de eficacia son limitados<sup>5</sup>, aunque se ha visto que pueden reducir la irritabilidad y mejorar el control de los impulsos en estudios no controlados con muestras pequeñas<sup>10</sup>. Lamotrigina (nivel 2), en dosis de 100 a 600 mg/día, ha resultado superior al placebo, especialmente en síntomas de reexperimentación, evitación y embotamiento. También se ha visto útil el empleo de topiramato, en dosis de 200 a 600 mg. Sin embargo, algunas guías no recomiendan el uso de este grupo de fármacos debido a sus riesgos y a la necesidad de monitorización sanguínea.

**Benzodiazepinas.** Se ha empleado alprazolam (nivel 2, con estudios que demuestran falta de eficacia) y clonazepam

(nivel 3, con estudios que demuestran falta de eficacia) para tratar síntomas de hiperexcitación, pero pueden empeorar síntomas como la disociación, así que deberían evitarse<sup>10</sup>. Podrían emplearse como coadyuvancia durante cortos periodos de tiempo (4-8 semanas), para el insomnio persistente o la ansiedad<sup>2</sup>. Para el insomnio también se emplea zolpidem (nivel 2, con estudios que demuestran falta de eficacia) en periodos cortos, o trazodona (nivel 4) en tratamiento prolongado.

**Antipsicóticos.** No se emplean en monoterapia, pero sí se ha visto la eficacia como tratamiento coadyuvante en pacientes con síntomas psicóticos o importante irritabilidad<sup>2</sup>. También se emplean como coadyuvantes en TEPT resistente a tratamiento<sup>10</sup>, y los más sedantes (olanzapina –nivel 2, con estudios que demuestran falta de eficacia– y quetiapina –nivel 3–) son útiles para tratar los síntomas de activación.

**Adrenérgicos.** El antagonista alfa-adrenérgico prazosina alivia los trastornos del sueño causados por las pesadillas. La eficacia de otros bloqueadores alfa-adrenérgicos, los agonistas alfa-2 (como clonidina –nivel 2–) y los antagonistas beta (como propranolol o atenolol) en el tratamiento del TEPT es desconocida.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

● Importante ●● Muy importante

✓ Metaanálisis ✓ Artículo de revisión  
 ✓ Ensayo clínico controlado ✓ Guía de práctica clínica  
 ✓ Epidemiología

1. Orozco WN, Baldares MJV. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista medica de Costa Rica y Centroamerica*. 2012;69(604):497-507.
2. ●● **Diagnóstico y manejo del estrés postraumático.** México: Secretaría de Salud; 2011. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
3. Reyes-Ticas JA. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Honduras. [en línea]. Disponible en: [www.bvs.hn](http://www.bvs.hn).
4. Crespo M, Gómez MM. Propuesta de un inventario para la evaluación y el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2002;3:41-57.
5. ●● Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14Suppl1:S1.
6. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, de Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6(3):168-76.
7. ● **Bados López A. Trastorno por estrés postraumático: naturaleza, evaluación y tratamiento.** 2006. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/356>
8. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.
9. Warner CH, Appenzeller GN, Hoge CW. Identifying and managing posttraumatic stress disorder. *American Family Physician*. 2013;88(12):827-34.



10. Berger W, Mendlowicz MV, Marques-Portella C, Kinrys G, Fontenelle LF, Marmar CR, et al. Pharmacologic alternatives to antidepressants in posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*. 2009;33(2):169-80.
11. Bruce SE, Weisberg RB, Dolan RT, Machan JT, Kessler RC, Manchester G, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in Primary Care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2001;3(5):211-7.
12. Friedman MJ. PTSD History and Overview. Disponible en: <http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/ptsd-overview.asp> (Consultado el 12 de febrero de 2015).
13. Schnyder U. Treating intrusions, promoting resilience: An overview of therapies for trauma-related psychological disorders. *Eur J Psychotraumatol*. 2014;5:26520.
14. McGuire TM, Lee CW, Drummond PD. Potential of eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychol Res Behav Manag*. 2014;7:273-83.
15. Department of Veterans Affairs Department of Defense. *Va/dod clinical practice guideline for management of post-traumatic stress*. Disponible en: [http://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/ptsd/cpg\\_ptsd-full-201011612.pdf](http://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/ptsd/cpg_ptsd-full-201011612.pdf) (Consultado el 28 de febrero de 2015).
16. Nijdam MJ, Gersons BP, Reitsma JB, de Jongh A, Olff M. Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2012;200(3):224-31.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Association; 2013.
18. Miró Morales E, Martínez Narváez-Cabeza de Vaca P. Tratamientos psicológicos de las pesadillas: una revisión. *Rev Int Psicol Ter Psicol*. 2004;4(1):11-36.
19. Vademecum.es [sede web]. Madrid: UBM Medica Spain; 2010- [consultado el 27 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.vademecum.es/>