

Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés:

Diagnóstico y tratamiento

Delfina Lahitou Herlyn y María Parmeggiani

Año: 2023

A lo largo de este escrito se realizará un acercamiento a las características generales del trauma y factores de estrés, desde la definición de un evento traumático, a cómo se puede desarrollar a partir de dicha exposición un trastorno psiquiátrico, el llamado trastorno de estrés post-traumático (TEPT). Se considerarán los criterios diagnósticos de los trastornos relacionados con trauma y factores de estrés desde la clasificación del DSM-5 y la CIE-11; en última instancia se abordará el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico del TEPT principalmente debido a su prevalencia.

Características y generalidades del trauma y del estrés

Factores de estrés y vulnerabilidades

El estrés alude a una respuesta del organismo ante una demanda del ambiente; su propósito consiste en la supervivencia, tiene un valor funcional y adaptativo. Esta respuesta puede comprometer diferentes niveles: cognitivo, fisiológico, conductual y afectivo, los cuales se interrelacionan entre sí (Beck, & Clark, 2010). Es importante aclarar que los eventos estresantes son *universales*, es decir, a lo largo de la vida, el ser humano presenta diversas situaciones que son consideradas estresantes. Por ejemplo, rendir un examen académico, una mudanza, una entrevista laboral, divorcio, algún tipo de pérdida, etc. A diferencia de lo que sucede en un trastorno mental, este tipo de estresores suelen aliviarse al desaparecer el suceso, aunque algunas situaciones estresantes pueden ser consideradas traumáticas, y dependerá en gran parte de los recursos que tenga esa persona para hacerle frente.

Y entonces... ¿Qué es un evento traumático?

A diferencia, un trauma involucra un evento o serie de eventos que tienen un significado amenazante para la vida del individuo o para su integridad física, puede ser a nivel *emocional, físico y/o psicológico*. Dicho evento se puede haber experimentado o presenciado como un peligro inminente a la propia vida o la vida de otra persona. Una experiencia traumática puede ser un robo, un desastre natural, accidentes de autos, actos

de violencia por ejemplo. Es decir, representan una discontinuidad repentina en la vida de la persona.

La mayoría de los individuos que se encuentran expuestos a un evento traumático, desarrollan reacciones o respuestas esperables a la situación, las cuales suelen remitir de forma espontánea alrededor del primer mes luego de la experiencia traumática (APA, 2017). Sin embargo, alrededor del 7 al 10% de los individuos presentan reacciones que son persistentes al mes y se comienza a considerar que se cumplan criterios para un trastorno mental (un TEPT, trastorno de ansiedad, depresión, trastorno por uso de sustancias, entre otros).

Manuales diagnósticos de clasificación Psiquiátrica

Manuales diagnósticos - DSM-5 y CIE-11. Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés

Para realizar la clasificación diagnóstica de los *trastornos relacionados con trauma y estrés*, se tomarán en cuenta los principales manuales diagnósticos que existen en salud mental: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición, DSM-5 (2013) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su undécima versión, CIE-11 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el DSM-5 se encuentra el capítulo llamado **Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés**, el cual involucra un grupo de trastornos que tienen en común la exposición a un evento traumático o estresante, tienen una alta comorbilidad con los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos disociativos. Sin ir más lejos, en la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico (DSM-IV), el trastorno por estrés post traumático estaba categorizado dentro del capítulo de Trastornos de ansiedad.

En la CIE-11, se encuentran en el capítulo que abarca los trastornos mentales, en una categoría denominada "*Trastorno asociados específicamente con el estrés*".

Se tomará la clasificación del DSM-5 debido a su uso masivo en el campo de la psicología y psiquiatría actual. En la siguiente tabla se encuentran los diversos trastornos que aparecen en el capítulo Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés, en el DSM-5:

Trastorno de apego reactivo
Trastorno de relación social desinhibida
Trastorno de estrés post traumático
Trastorno de estrés agudo
Trastornos de adaptación
Otro trastornos relacionado con trauma y factores de estrés especificado
Otro trastornos relacionado con trauma y factores de estrés no especificado

Tabla 1: Trastornos incluidos dentro de “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” del DSM-5

De los trastornos mencionados en la tabla, describiremos en primera instancia los criterios diagnósticos de cada uno, pero **nos detendremos en el análisis de aquellos que son más prevalentes como el trastorno de estrés post traumático y el trastorno de estrés agudo.**

Trastorno de apego reactivo

El trastorno se suele desarrollar en la infancia temprana o lactancia y se caracteriza por conductas de apego alteradas o inadecuadas para el desarrollo, en las que el niño no recurre a sus figuras de apoyo para apoyo, protección o cuidado; por lo que destaca aquí una falta de apego y una disminuída o ausente expresión emocional. Como la dificultad en el apego en etapas tempranas del desarrollo puede confundir con otros trastornos del neurodesarrollo (por ejemplo los trastornos del espectro del autismo o discapacidad intelectual) el niño debe tener al menos 9 meses de edad para poder ser diagnosticado.

Criterios diagnósticos. DSM-5	
Criterio A	Patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, que se manifiesta por dos de las características siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. El niño raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar. 2. El niño raramente o muy pocas veces se deja consolar cuando siente malestar.

Criterio B	Alteración social y emocional persistente que se caracteriza por dos o más de los síntomas siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Reacción social y emocional mínima a los demás. 2. Afecto positivo limitado. 3. Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicado que son evidentes incluso durante las interacciones no amenazadores con los cuidadores adultos.
Criterio C	El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de sus cuidadores adultos 2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de custodia) 3. Educación en contexto no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con número elevados de niños por cuidador)
Criterio D	Se supone que el factor de cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan cuando falta el cuidador adecuado del Criterio C).
Criterio E	No se cumplen los criterios para el trastorno del espectro autista.
Criterio F	El trastorno es evidente antes de los 5 años.
Criterio G	El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Trastorno de relación social desinhibida

Se trata de otro trastorno pediátrico en el cual el niño actúa con extrema familiaridad con extraños, por fuera de los límites culturalmente aceptados y asociado a un apego patológico con las figuras de cuidado primarias. Estos trastornos son más prevalentes en los casos de niños que han sido abandonados, aunque son relativamente infrecuentes aún en dichas poblaciones de alto riesgo. Pueden coexistir con otros trastornos del neurodesarrollo o ser diagnóstico diferencial de los mismos.

La **negligencia social** es el común denominador fundamental que constituye el factor de estrés tras el cual se desencadenan estos trastornos, y por eso los encontramos en este capítulo.

Criterios diagn3sticos. DSM-5	
Criterio A	<p>Patr3n de comportamiento en el que un ni1o se aproxima e interacciona activamente con adultos extra1os y presenta dos o m1s de las caracter3sticas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reducci3n o ausencia de reticencia para aproximarse a interactuar con adultos extra1os 2. Comportamiento verbal o f3sico demasiado familiar (que no concierda con lo aceptado culturalmente y con los l3mites sociales apropiados a la edad) 3. Recurre poco o nada al cuidador adulto despu3s de una salida arriesgada, incluso en contextos extra1os. 4. Disposici3n a irse con un adulto extra1o con poca o ninguna vacilaci3n.
Criterio B	<p>Los comportamientos del Criterio A no se limitan a la impulsividad (como en el trastorno de d3ficit de atenci3n/hiperactividad), pero incluyen un comportamiento socialmente desinhibido.</p>
Criterio C	<p>El ni1o ha experimentado un patr3n extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o m1s de las caracter3sticas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales b1sicas para disponer de bienestar, est3mulo y afecto por parte de sus cuidadores adultos 2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de custodia) 3. Educaci3n en contexto no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con n3mero elevados de ni1os por cuidador)
Criterio D	<p>Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteraci3n del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A, comienzan tras el cuidado pat3geno del Criterio C).</p>
Criterio E	<p>El ni1o tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.</p>

Trastorno de adaptaci3n

Los trastornos de adaptaci3n se caracterizan por s3ntomas emocionales o comportamentales que aparecen como respuesta a un factor estresante agudo y por definici3n deben aparecer dentro de los 3 meses de inicio del factor de estr3s y no durar m1s de 6 meses despu3s de haber cesado el evento estresante. Los factores que pueden desencadenar un trastorno de adaptaci3n son m3ltiples: ser despedido de un puesto de trabajo, el fallecimiento de un ser querido, crisis laborales, enfermedades dolorosas o que conllevan a discapacidad progresiva, vivir en lugares con altos 3ndices de criminalidad,

desastres naturales e incluso crisis vitales como dejar la casa de los cuidadores primarios, casarse, convertirse en padre, jubilarse, etc.

Cabe en este punto preguntarnos, ¿cuál es el sentido de la existencia de esta categoría diagnóstica? ¿No podríamos pensar que la persona se encuentra en realidad atravesando un duelo? Es un cuestionamiento válido, y cabe aclarar que sólo se puede hablar de un diagnóstico de trastorno adaptativo en aquellos casos en donde las reacciones del duelo sean superadas en intensidad, calidad o persistencia de las reacciones de duelo que podrían ser esperadas de acuerdo a las normas culturales, religiosas o apropiadas para la edad. Un ejemplo de esto podrían ser los intentos de suicidios o suicidios consumados que se asocian a los trastornos de adaptación.

Criterios diagnósticos. DSM-5	
Criterio A	Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio de factor(es) de estrés.
Criterio B	Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o dos de las características siguientes: 1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas. 2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
Criterio C	La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.
Criterio D	Los síntomas no representan el duelo normal.
Criterio E	Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.

Asimismo, existen especificadores para el diagnóstico:

- Con estado de ánimo deprimido: predomina el estado de ánimo bajo, ganas de llorar o sentimientos de desesperanza.
- Con ansiedad: predomina el nerviosismo, preocupación, agitación o ansiedad de separación.

- Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido: predomina una combinación entre depresión-ansiedad.
- Con alteraciones de la conducta: Predomina la alteración de la conducta.
- Con alteración mixta de las emociones y de la conducta: predominan los síntomas emocionales y conductuales
- Sin especificar.

Además se debe especificar si es agudo (menos de 6 meses de alteración) o persistente (alteración de 6 meses o más). Los trastornos adaptativos generalmente son autolimitados, lo que significa que la mayoría de las personas se recuperan sin tratamiento. Sin embargo, en algunos casos, los síntomas pueden persistir y afectar significativamente la vida diaria de una persona, y en esos casos puede considerarse el tratamiento farmacológico.

Los trastornos adaptativos pueden tratarse con una variedad de medicamentos, como antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del estado de ánimo. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la elección del medicamento y la dosis deben ser individualizadas y basadas en la evaluación del médico, en función de la presentación clínica del paciente y de otros factores.

Trastorno de estrés post-traumático

El DSM-5 define el Trastorno de Estrés Post-Traumático, abreviado como TEPT, con una etiología en particular, haber estado *expuesto a una situación traumática (Criterio A)*. El evento traumático puede haber sucedido en forma única, o reiterada, durante meses o años. La situación puede ser provocada por eventos como accidentes de tránsito graves, violación o abuso sexual, violencia doméstica, agresión física, tortura, parto traumático, presenciar una muerte violenta o cualquier situación la cual sea amenazante o catastrófica para el individuo.

Además de la presencia de un evento traumático, el DSM-5 organiza los síntomas del TEPT a partir de cuatro esferas principales:

1. **Síntomas de intrusión (Criterio B)**. Las personas que sufren de TEPT en general experimentan recuerdos repetidos e intrusivos sobre la situación traumática, los cuales provocan elevado malestar. Puede haber una sensación de revivir o volver a experimentar el evento a partir de “flashbacks o pesadillas”, acompañado o no de reacciones físicas como pueden ser los temblores, sudoración, palpitaciones, similares a los síntomas del pánico.

2. **Evitación de estímulos relacionados con el trauma (Criterio C).** Cuando se presentan los síntomas intrusivos recién mencionados, suelen generar mucho malestar y ser perturbadores para el individuo, por lo que en ocasiones se pueden evitar personas/situaciones que evoquen recuerdos de la situación traumática. Asimismo el individuo puede intentar ignorar dichos recuerdos, evitando hablar sobre lo sucedido. En este apartado se podría presentar lo que se denomina como amnesia, olvidar partes significativas del evento traumático.
3. **Alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo (Criterio D).** Los individuos que desarrollan TEPT pueden presentar emociones o sentimientos que son difíciles de manejar, puede aparecer la culpa o la vergüenza ante lo sucedido. Dificultad de concentración e irritabilidad fácil teniendo en ocasiones reacciones violentas.
4. **Hiperactivación (Criterio E).** El estado general de hiperalerta se puede expresar por trastornos del sueño (insomnio de conciliación, mantenimiento) Se puede presentar un aumento de la vigilancia, y actividades de la vida cotidiana como ir al trabajo/reuniones sociales, se puede volver una tarea muy difícil. Puede suceder que estímulos neutros, como la caída de algún objeto, pueda transformarse en un estímulo amenazante y el individuo reaccione como un episodio invasivo por el estado de hiperalerta.

La sintomatología debe estar presente por lo lo menos **durante un mes**, pudiendo presentar un gran impacto en las distintas esferas de la vida de la persona, dificultad académica o laboral, problemas interpersonales, entre otros (*Criterio F*).

Es importante destacar que la exposición a la situación traumática no necesariamente debe ser actual o reciente, puede haber sucedido años anteriores. En ciertas circunstancias puede presentarse un lapso temporal de meses o incluso años, hasta que se desarrollen los criterios para el TEPT.

Criterios diagnósticos. DSM-5	
Criterio A	<p>Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s). 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(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

	4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil)
Criterio B	<p>Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño están relacionados con el suceso(s) traumático(s). 3. Reacciones disociativas (p. ej, escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). 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). Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
Criterio C	<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s). 2. Evitación o esfuerzo 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).
Criterio E	<p>Alteración importante de la alerta y la reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que se comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Problemas de concentración. 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto)
Criterio F	Los síntomas deben estar presentes por más de un mes , generando malestar significativo y/o deterioro en distintas áreas de la vida del paciente.
Criterio G	Los síntomas no se explican mejor por otra afección médica o psiquiátrica y no son debidos a los efectos de una sustancia o medicamento.

Además de los criterios diagnósticos principales, el DSM-5 también incluye **especificadores** para el Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT), que son los siguientes:

- Con especificador de **inicio temprano**: si los síntomas del TEPT comienzan en los primeros tres meses después del evento traumático.
- Con especificador de **inicio tardío**: si los síntomas del TEPT comienzan tres meses o más después del evento traumático.
- Con especificador de **inicio diferido**: si los síntomas del TEPT comienzan después de que han transcurrido al menos seis meses desde el evento traumático.
- Con especificador de **sintomatología predominantemente disociativa**: si el individuo experimenta síntomas disociativos como despersonalización, desrealización o amnesia relacionados con el evento traumático.
- Con especificador de **síntomas predominantemente intrusivos**: si el individuo experimenta predominantemente síntomas intrusivos, como recuerdos angustiantes o sueños relacionados con el evento traumático.
- Con especificador de **síntomas predominantemente evitativos**: si el individuo experimenta predominantemente síntomas de evitación, como evitar lugares, personas o situaciones que le recuerden el evento traumático.
- Con especificador de **síntomas predominantemente de alteración del estado de ánimo**: si el individuo experimenta predominantemente síntomas de alteración del estado de ánimo, como sentimientos de culpa, desesperanza o desinterés por las actividades que antes disfrutaba.

Es importante tener en cuenta que estos especificadores pueden ayudar a comprender mejor la presentación y evolución del TEPT en un individuo y pueden ser útiles para guiar el tratamiento. Sin embargo, no se utilizan para hacer un diagnóstico diferencial y no son necesarios para hacer un diagnóstico de TEPT.

Entonces, ¿Toda experiencia traumática, deriva en un Trastorno de estrés Post-Traumático?

No, no toda experiencia traumática, se considera un Trastorno de Estrés Post-traumático. Sin embargo, se ha demostrado que es condición necesaria la exposición a una experiencia traumática para desarrollar TEPT, pero *no razón suficiente para cumplir con los criterios de un TEPT*. Se investigaron ciertos factores que están correlacionados con un mayor riesgo para desarrollar un trastorno mental, los cuales se describirán a continuación.

Factores de riesgo para desarrollar un TEPT

Las respuestas o reacciones ante la situación traumática es única en cada individuo y varían mucho, la mayor parte de los individuos no desarrollan un trastorno mental luego de

la exposición al trauma. Sin embargo, se consideran ciertos **factores de riesgo** que incrementan la posibilidad de desarrollar un trastorno psiquiátrico.

La severidad del suceso es un factor determinante; cuanto más extremo sea el episodio más probabilidad hay de que sus consecuencias tengan más impacto. Es importante aclarar que severidad no tiene correlación con un determinado tipo de estresor, aunque se observa que es más severo el episodio cuando es producto de algún tipo de violencia física hacia el individuo, y menor severidad situaciones como accidentes o algún desastre natural (Caravajal C., 2002).

Asimismo el sexo de quien lo experimente - según las investigaciones el sexo femenino presenta mayor riesgo - la historia personal de estrés, la psicopatología comórbida, historia de TEPT en familiares cercanos (Palacios L & Heinze G., 2002). Por otro lado, la edad en la que sucede el evento traumático es una variable a considerar para el desarrollo del TEPT, ya que experiencias traumáticas en la infancia están asociadas a un mayor riesgo y síntomas severos.

Factores de riesgo para el desarrollo de un TEPT
Experimentar evento en etapas tempranas
Múltiples eventos traumáticos
Severidad del evento traumático
Sexo femenino
Psicopatología comórbida
Experiencias pasadas de estrés intenso
Historia de TEPT en los progenitores
Exposición subsecuente a eventos reactivantes
Rasgos de personalidad

Factores de riesgo para el desarrollo de un TEPT (Palacios L & Heinze G., 2002).

Algunas sugerencias de cuándo sospechar que se trate de un TEPT:

- Un individuo presenta una historia de participación en un evento traumático
- El individuo presenta síntomas físicos o mentales que no se pueden explicar en ausencia de un evento traumático

- Al presentarse síntomas que son característicos del trastorno del estrés post-traumático como la reexperimentación, la evitación sostenida a un estímulo traumático, e hiperactividad.
- Se presenta un aumento en el consumo de alcohol y drogas con el fin de sentirse mejor luego de un evento traumático

Tener en cuenta que, como se mencionó más arriba en el escrito, *no todo individuo que se expone a un suceso traumático desarrolla un TEPT*, por lo que se concluye que hay diferencias entre la exposición a un trauma y un TEPT. A continuación se describe el Trastorno de estrés agudo el cual nos brindará mayor información al respecto.

Trastorno por estrés agudo:

Además de los trastornos crónicos previamente mencionados, el capítulo incluye el trastorno de estrés agudo que se trata de una *reacción exagerada al estímulo traumático pero a diferencia del TEPT, suele comenzar inmediatamente luego del acontecimiento traumático y dura entre tres días y 1 mes, es decir, no debe tener una duración de más de 1 mes.*

Aclaración: puede suceder que el TEPT aparezca a continuación del trastorno por estrés agudo, en caso de que la sintomatología tenga una duración mayor a un mes.

Criterios diagnósticos. DSM-5	
Criterio A	Exposición a un evento traumático en el que la persona experimentó o presenció, o fue confrontada con, la muerte o la amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual.
Criterio B	Presencia de nueve (o más) de los siguientes síntomas, que comienzan o empeoran después del evento traumático y duran hasta un máximo de 4 semanas: <ol style="list-style-type: none"> a. Presencia recurrente, involuntaria y angustiante de recuerdos del evento. b. Sueños angustiantes relacionados con el evento. c. Sensación o acto de revivir el evento, incluyendo ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos. d. Angustia o activación psicológica intensa después de la exposición a señales internas o externas que simbolizan o recuerdan algún aspecto del evento. e. Evitación o esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el evento.

	<p>f. Evitación o esfuerzos por evitar actividades, lugares o personas que simbolizan o recuerdan algún aspecto del evento.</p> <p>g. Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento.</p> <p>h. Síntomas persistentes y exagerados de aumento de la activación, como dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o estallidos de ira, dificultades de concentración, hipervigilancia, reacciones exageradas de sobresalto.</p> <p>i. Síntomas de disociación, como sentirse desconectado de sí mismo, de su entorno o de su cuerpo.</p>
Criterio C	Los síntomas causan una angustia clínicamente significativa o deterioro en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes de la vida del individuo.
Criterio D	Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia o a una enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental.
Criterio E	Los síntomas no cumplen los criterios para TEPT.

Algunas diferencias elementales entre los diagnósticos:

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el estrés agudo son dos trastornos relacionados con la exposición a eventos traumáticos. A continuación se presentan algunas diferencias entre ellos:

Duración: El estrés agudo es una respuesta inmediata y de corta duración a un evento traumático, que dura hasta un máximo de 4 semanas. Por otro lado, el TEPT es una respuesta crónica y duradera a un evento traumático, que dura más de un mes.

Intensidad de los síntomas: Si bien la diferencia elemental entre diagnósticos es el tiempo de evolución, en el estrés agudo los síntomas suelen ser menos intensos y no interferir tanto en la vida cotidiana. En el TEPT, los síntomas pueden ser tan graves que afectan seriamente el funcionamiento diario de la persona.

Momento de aparición de los síntomas: En el estrés agudo, los síntomas aparecen inmediatamente después del evento traumático. En cambio, en el TEPT, los síntomas pueden tardar semanas, meses o incluso años en aparecer después del evento traumático.

Tratamiento: El estrés agudo suele ser tratado con medidas de apoyo y psicoeducación, mientras que el TEPT puede requerir tratamiento más intensivo, como psicoterapia y/o psicofármacos como analizaremos más avanzados en el texto.

Más allá del DSM-5: Trastorno por estrés post traumático complejo

El trastorno de estrés postraumático complejo (TEPTC) es una entidad clínica reconocida en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su 11a revisión (CIE-11).

En la CIE-11, el TEPTC se incluye dentro de los trastornos específicamente asociados con el estrés y se define como una "condición de salud mental que resulta de una exposición prolongada y repetida a situaciones altamente estresantes, generalmente de naturaleza interpersonal, tales como abuso emocional, físico o sexual".

Los criterios diagnósticos para el TEPTC en la CIE-11 incluyen los siguientes síntomas principales:

- A. Desarrollo de un patrón de comportamiento disociativo como una forma de afrontamiento ante los traumas (como sensaciones de separación o despersonalización).
- B. Alteración del afecto (como emociones intensas y desreguladas).
- C. Alteración de la conciencia y la percepción (como la sensación de estar "fuera de sí mismo").
- D. Alteración de la relación con otros (como dificultades para establecer y mantener relaciones saludables).

La CIE-11 reconoce la importancia del TEPTC como un trastorno grave que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas que lo padecen. El diagnóstico temprano y el tratamiento efectivo pueden ayudar a mejorar el pronóstico y reducir los síntomas.

El TEPTC se diferencia del trastorno de estrés post traumático (TEPT) porque se desarrolla a partir de situaciones que implican un estrés continuo y prolongado, como el abuso emocional o físico, la violencia doméstica o la trata de personas, en lugar de un solo evento traumático.

Las personas con TEPTC suelen experimentar síntomas similares a los del TEPT, como flashbacks, pesadillas, evitación de estímulos relacionados con el trauma, hipervigilancia, irritabilidad, tristeza y ansiedad. Sin embargo, el TEPTC también puede incluir síntomas adicionales, como sentimientos de desesperanza, disociación, problemas de identidad, dificultad para establecer relaciones interpersonales, trastornos alimentarios y de sueño, y problemas de regulación emocional.

El TEPTC es un trastorno grave que puede afectar significativamente la calidad de vida de la persona y puede requerir un tratamiento intensivo, como terapia psicológica y/o psiquiátrica. A menudo, se necesita un enfoque multidisciplinario para abordar los síntomas y efectos del TEPTC en la vida de una persona.

Prevalencia y comorbilidad

La prevalencia del Trastorno por Estrés Post-Traumático en la población general es del 3,5%, y se eleva en aquellas poblaciones donde la exposición a situaciones traumáticas es mayor, como por ejemplo, en países con contextos bélicos.

Por otro lado, según las investigaciones, la población femenina presenta riesgo más elevada para desarrollar un TEPT (Palacios L & Heinze G., 2002). En los Estados Unidos, por ejemplo, la prevalencia del TEPT es del 10% en mujeres y del 4% en hombres. Sin embargo, se debe tener en cuenta que suelen ser más propensas a sufrir de eventos traumáticos como abuso sexual, y en general se considera que la prevalencia entre sexo biológico es parecida.

En cuanto a la comorbilidad, individuos que cumplen con criterios diagnósticos para un TEPT presentan mayor riesgo. El TEPT se asocia en general con otros trastornos mentales como el uso y abuso de sustancias, trastornos de ansiedad - fobia social, Trastorno de ansiedad generalizada -, trastorno depresivo mayor (TDM), trastornos disociativos, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, auto u hetero- agresividad, incrementado riesgo de vida por conductas autolesivas (APA, 2017). Dichos factores representan una complicación y desafío en el tratamiento del TEPT, debido a la gravedad que se genera en el cuadro.

Por último, en cuanto a la edad, el TEPT puede afectar a cualquier edad, pero la incidencia parece ser más alta en las personas más jóvenes. Por ejemplo, en los Estados Unidos, el TEPT es más común en personas menores de 60 años.

Tratamiento psicoterapéutico y farmacológico del TEPT

Para el tratamiento del TEPT se piensa en la mayoría de los casos en un tratamiento combinado, el cual incluye como primera opción el tratamiento psicoterapéutico tanto para los adultos como para los niños. Por otra parte, se encuentra la farmacoterapia, con un amplio uso de medicamentos. A continuación se realizará una explicación en cada uno de ellos.

→ Breve repaso hasta acá: el TEPT incluye síntomas intrusivos, recuerdos del evento traumático, evitación de desencadenantes que le recuerden al individuo el trauma, cambios negativos en el estado del ánimo o a nivel cognitivo, aumento de la ansiedad e hiperactivación. Estos síntomas interfieren en el funcionamiento diario de la persona. El tratamiento se enfocará en la mejora de dichos síntomas.

Tratamiento Psicoterapéutico

El campo de la psicoterapia es amplio, la Guía - Práctica Clínica para el tratamiento del TEPT de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2017), sugiere que en adultos, se recomienda fuertemente la terapia cognitiva conductual centrada en el trauma (TCC), terapia de exposición prolongada y prevención de respuesta y la Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular - más conocida como EMDR por sus siglas en inglés, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Se ha demostrado que dichas terapias pueden ser efectivas para reducir los síntomas y el malestar que experimentan los pacientes con TEPT.

Asimismo se hará una breve mención a la terapia Dialéctico Comportamental para el TEPT, denominada por sus siglas en inglés DBT-PTSD (Dialectical Behavior Therapy).

Estas psicoterapias tienen en común el objetivo de elaboración y resignificación del acontecimiento traumático, aprendizaje y refuerzo de habilidades y recursos personales (Carbonell C., 2002). Es decir, brindar un sentido de control, disminuyendo el impacto del evento traumático en el presente.

Una parte esencial del tratamiento será establecer un buen vínculo entre paciente y terapeuta, el cual favorezca a un clima de confianza, seguridad y contención emocional, variables esenciales a lo largo de todo el proceso terapéutico. Recordemos que el TEPT conlleva un gran impacto a nivel emocional, donde recordar aquel suceso traumático llevará a sentimientos y emociones como la vergüenza, culpa, temor de lo sucedido, etc. El terapeuta ayuda al paciente a elaborar formas para afrontar los síntomas de hipervigilancia, flashbacks que tengan lugar cuando se recuerde el trauma.

La psicoeducación del TEPT será otro proceso fundamental en cualquier tipo de psicoterapia, debido que permite al paciente tener una mayor comprensión de sus síntomas y percibir la experiencia global con mayor entendimiento, ayudando a disminuir creencias disfuncionales tales como “¿Será que me estoy volviendo loco/a por lo que me está pasando?”.

Por otro lado, se deberán establecer objetivos de tratamiento, frecuencia de las sesiones y una duración aproximada del mismo; poniendo énfasis en el compromiso del tratamiento y la participación activa del paciente como parte del proceso terapéutico. Aclaración, es importante tener en cuenta los tiempos de cada paciente y respetar la elaboración que precise cada persona.

A continuación se hará una breve descripción de las terapias mencionadas previamente:

Terapia Cognitiva Conductual centrada en el trauma

La terapia cognitiva conductual centrada en el trauma ayuda a los individuos a identificar y cuestionar patrones negativos de pensamientos-conductas-emociones, que se encuentran asociados al evento traumático. Este tipo de patrones de pensamientos llevan a que el individuo se sienta culpable, ansioso, deprimido, con vergüenza, llevando a conductas de tipo evitativas del recuerdo traumático o situaciones/lugares/objetos que recuerden el episodio. En este sentido se utiliza la reestructuración cognitiva, para el manejo de creencias irracionales o pensamientos negativos automáticos, ayudando a identificarlos y cuestionarlos.

Terapia de exposición prolongada y prevención de respuesta

Este tipo de terapia presenta técnicas que están orientadas a confrontar aquel o aquellos estímulos/recuerdos/situaciones/imágenes que son temidos por el individuo. Asimismo incluyen técnicas de relajación y psicoeducación del trastorno. En el TEPT la terapia de exposición abarca la *exposición en imaginación* del evento traumático. Para dicha exposición será necesario que el paciente narra con detalle lo sucedido con ayuda del terapeuta el cual hará preguntas para obtener mayor información. Por otro lado, se puede realizar *exposición in vivo*, en la cual se confrontan situaciones que el individuo evita por la ansiedad que generan. El objetivo de la exposición en ambos casos será reevivir la experiencia traumática con el fin de promover la habituación y reducir la ansiedad del recuerdo temido. A través de la exposición repetida y gradual, los pacientes pueden aprender a tolerar estos estímulos sin sentir una respuesta de ansiedad intensa, reduciendo las conductas evitativas. Es importante que sea en un ambiente donde el paciente se sienta seguro, controlado y ayudar a comprender que él recuerdo en sí no es peligroso. Es en este sentido que se comienza a cambiar el significado de los síntomas del TEPT con el fin de integrarlo a la historia pasada del individuo y no como una experiencia presente debido a la re-experimentación producto de los síntomas. Asimismo, será importante tener en cuenta una evaluación real de los hechos y la posibilidad de respuesta que tuvo el individuo en aquel entonces, para aminorar sentimientos de culpa y la imposibilidad de aparente elección durante el suceso traumático. Se puede utilizar la respiración diafragmática, la cual se

caracteriza por una respiración lenta y profunda, ayuda a tener un mayor control del ritmo de la respiración y se puede utilizar para el manejo de síntomas ansiosos.

Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular. EMDR

La terapia EMDR fue desarrollada por Francine Shapiro, psicóloga norteamericana, en 1995. Se basa en que los movimientos oculares laterales facilitan el inicio del procesamiento cognitivo del evento traumático por parte del individuo, reduciendo la intensidad del malestar de los pensamientos negativos. En este sentido, ayuda a confrontar los recuerdos traumáticos a través de pedirle al paciente que se concentre en los recuerdos, pensamientos, sentimientos y sensaciones asociadas con el trauma, mientras que se enfoca en otra cosa, como puede ser seguir los movimientos del dedo del terapeuta. Lo que se busca es la estimulación bilateral, a través de lo *visual* (el paciente mueve los ojos de un lado al otro guiado por el psicoterapeuta); a través de lo *auditivo* (se realizan sonidos alternados en ambos oídos) y a través de lo *kinestésico* (el terapeuta golpea suavemente y en forma alternada sobre las manos o hombros del paciente; facilita la conexión entre los dos hemisferios cerebrales logrando el procesamiento de la información y la disminución de la carga afectiva).

Terapia Dialéctico Comportamental - trauma. DBT-PTSD

La terapia dialéctico comportamental (DBT) es un tipo de psicoterapia que fue desarrollada por Marsha Linehan en los años 80. DBT es un tratamiento integral que tiene como objetivo ayudar a las personas que presentan desregulación emocional, como por ejemplo el trastorno límite de la personalidad (TLP). Es una terapia multicomponente, la cual incluye sesiones de terapia individual, espacio de psiquiatría, grupo de habilidades y coaching telefónico entre sesiones.

El grupo de habilidades (GH) se centra en cuatro áreas principales de habilidades: mindfulness (atención plena), tolerancia al malestar, regulación emocional y efectividad interpersonal. A partir del GH, DBT tiene como objetivo ayudar a las personas a desarrollar nuevas estrategias y habilidades para manejar de forma efectiva sus emociones, mejorar sus relaciones interpersonales y su calidad de vida. La DBT ha demostrado que presenta una gran eficacia para el abordaje del trauma; sin embargo, es importante que el paciente haya logrado cierta estabilidad en su vida cotidiana y adquirido habilidades para regular sus emociones y las crisis. En ese caso, se encontraría en una fase para poder trabajar el trauma desde la terapia dialéctico comportamental.

Intervenciones Farmacológicas

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:

Existen seis agentes farmacológicos en este grupo. Si bien algunas clasificaciones actuales los denominan “antidepresivos”, es menester para nosotros aclarar que son sumamente útiles para el tratamiento de múltiples trastornos, entre ellos se encuentra el TEPT.

Los agentes de este grupo comparten como característica farmacodinámica esencial la inhibición del SERT (recaptador de serotonina de la terminal presináptica). Si bien el aumento de la serotonina en la brecha sináptica ocurre de forma inmediata, el retardo en la acción de estos fármacos invita a pensar a que sus efectos terapéuticos se deben a cambios adaptativos posteriores más que a acciones inmediatas sobre el SERT (tal como se ha revisado en los capítulos en donde nos encargamos de la descripción de estas moléculas).

Dentro de este grupo, dos moléculas fueron aprobadas por la FDA para el tratamiento de TEPT, y estos son: **sertralina y paroxetina**.

El uso de paroxetina está extendido en el tratamiento de la mayoría de los trastornos de ansiedad y para el TEPT. Tiene un perfil “ansiolítico” más veloz que otros fármacos del mismo grupo, probablemente mediado por su adicional antagonismo por receptores M1. Entre sus efectos adversos figuran el aumento de peso y la sedación.

La sertralina es otra molécula aprobada para el tratamiento del TEPT. Entre las particularidades de esta molécula, se considera que tiene una leve inhibición del DAT (recaptador de dopamina) y afinidad por el receptor sigma intracelular. Se cree que estas últimas podrían contribuir a las acciones ansiolíticas adicionales que presenta la sertralina, aunque no queda del todo claro cuál es el rol del receptor sigma 1 todavía. Por otro lado, su leve acción por el DAT podría contribuir a mejoría de síntomas como la disminución en la concentración. A diferencia de la paroxetina, el aumento de peso con la sertralina es un efecto adverso inusual al igual que la sedación, por lo que es de elección en pacientes que además presentan hipersomnia o anergia.

Algunas moléculas pertenecientes a este grupo tienen eficacia demostrada para el tratamiento del TEPT, aunque actualmente no se encuentren dentro del listado de los medicamentos aprobados. Entre ellos encontramos a la fluoxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram.

Inhibidores de la recaptación de noradrenalina/serotonina:

Este grupo de moléculas tiene la característica de tener un mecanismo de acción combinando la inhibición del SERT (idéntico al efecto de los ISRS) con la inhibición del NAT (recaptador de noradrenalina). Al igual que como ocurre con el grupo anterior, los efectos terapéuticos de estas moléculas tardan en hacer su aparición y se cree que esto se debe a efectos posteriores en la expresión génica, expresión de receptores, plasticidad sináptica y producción de moléculas neurotróficas como BDNF entre otras).

De los fármacos de este grupo la que ha sido más estudiada para el tratamiento del TEPT es la **venlafaxina**, con excelentes resultados. Sin embargo al día de escribirse este texto, no se encuentra aprobada por la FDA para su tratamiento. A pesar de esto se la considera una opción de primera línea terapéutica en el TEPT. En el mismo grupo de fármacos, el metabolito de la anterior, desvenlafaxina, y la duloxetina se utilizan también de forma off-label.

Tratamientos de segunda línea y en investigación para el TEPT:

Antidepresivos tricíclicos:

Si bien esta familia de fármacos son igual o aún más eficaces que los ISRS o los IRNS, su perfil de efectos adversos los vuelve no deseables como fármacos de primera línea en casi cualquier terapéutica en psiquiatría. Dentro de esta familia, los seleccionados para su utilización son la **amitriptilina, imipramina, desipramina y nortriptilina**.

Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO):

Se trata de otra familia de fármacos reservada para segunda línea debido a su perfil de efectos adversos. Dentro de la misma se destacan en la utilización para el TEPT: **moclobemida, fenelzina, selegilina, tranilcipromina**.

Ligandos alfa-2-delta:

Los ligandos alfa-2-delta son drogas de diseño que fueron pensadas originalmente para asemejarse al GABA, creyendo que así podrían utilizarse como antiepilépticas. Lo que se

creó fue químicamente una molécula de GABA con unión covalente un compuesto que la volviera más “lipofílica” con el objetivo de que atravesara la barrera hematoencefálica. Así utilizaron un anillo de ciclohexano e isobutano y nacieron el **gabapentin y la pregabalina** respectivamente. Si bien funcionaron como antiepilépticos, fallaron en su capacidad de unirse al receptor de GABA como si fueran el neurotransmisor. Posteriormente demostraron que su mecanismo de acción consistía en su unión a la subunidad $\alpha 2\delta$ -1 del canal de calcio voltaje dependiente de los axones, disminuyendo de esa manera el disparo de los neurotransmisores. Son en general drogas bien toleradas, pero su eficacia en TEPT es controversial. En ocasiones se utilizan como adyuvantes a tratamientos con fármacos antidepresivos.

Benzodiazepinas:

Si bien la acción ansiolítica de las benzodiazepinas es bien conocida y se ha utilizado durante largo tiempo en el tratamiento del TEPT, los estudios sugieren que su utilización puede ensombrecer el pronóstico del trastorno. Son moduladores alostéricos del receptor de GABA-A, aumentando su afinidad por el GABA. Por tal motivo, parecieran ser el único caso de moléculas que no sólo no se recomiendan en el tratamiento del TEPT, sino que **se encuentran contraindicadas**.

Farmacoterapias complementarias en el tratamiento del TEPT:

Si bien en la práctica clínica la monoterapia siempre es un buen objetivo a tener en cuenta, para evitar interacciones no deseadas o multiplicidad de efectos adversos, hay casos especiales que requieren de la utilización de fármacos complementarios. Estos pueden bien ayudar en el tratamiento de ciertos síntomas específicos del TEPT o de sus comorbilidades.

Antidepresivos sedativos:

En años recientes ha surgido evidencia de posible utilización de **mirtazapina** para el tratamiento del TEPT. Esta molécula tiene particularidades farmacológicas: es antagonista de receptores alfa-2 adrenérgicos, lo cual contribuye a la liberación de noradrenalina, y antagonista de receptores presinápticos serotoninérgicos 5HT_{2A,2C} y 3, producirían mayor liberación de serotonina y dopamina. Esta última colaboraría con los efectos ansiolíticos de la mirtazapina, pero también tiene una importante inhibición del receptor histaminérgico H₁, que le da un perfil sedativo para el tratamiento del insomnio.

Dentro de este grupo podemos agregar a la **trazodona**, como un antidepresivo que tiene la particularidad farmacológica de que administrado a diferentes dosis produce efectos

diferentes. En dosis pequeñas (25 a 100mg) tiene propiedades sedativas por antagonizar H1 y alfa 1 (lo cual mejora las pesadillas), aunque a dosis mayores (150-600mg) es un potente inhibidor del SERT y antagonista de 5HT2A y 2C. No existen muchos estudios en los que se pruebe como monoterapia para el TEPT, sin embargo sus efectos muestran buen perfil para el manejo de las pesadillas y el insomnio como complemento en la terapia.

Por último cabe destacar que la **doxepina**, un antidepresivo tricíclico que también a baja dosis (1-6mg) tiene acciones primordialmente sedativas anti-H1. Al igual que en los casos anteriores, se considera un tratamiento complementario para el TEPT.

Antagonista alfa-1 adrenérgicos para las pesadillas:

Las neuronas noradrenérgicas centrales que se ubican en el locus ceruleus inervan a la amígdala y corteza prefrontal y, se cree, estarían involucradas en la producción autonómica del temor. Forman parte del sistema activador reticular ascendente (SARA) y actúan para modular globalmente los estados de excitación (arousal) y el comportamiento adaptativo. Se cree que la hiperactivación de estas neuronas podría estar asociada a los estados de ansiedad patológicos, a la regulación del sueño y de las pesadillas en el TEPT, por lo que un blanco farmacológico que resulta de particular importancia son los antagonistas de los receptores alfa-1 adrenérgicos.

Uno de los primeros antagonistas alfa-1, utilizado para el tratamiento de la hipertensión arterial, es el **prazosin**. En el tratamiento de las pesadillas y trastornos del sueño asociados al TEPT siempre se inicia con dosis pequeñas con monitoreo estricto de la presión arterial.

Hipnóticos no benzodiacepínicos:

Los compuestos "Z", como el zaleplón, zolpidem, zopiclona y eszopiclona, son agonistas parciales del sitio de unión a BZD del canal de GABA-A. La evidencia al respecto de estos fármacos es controvertida, pero en general se recomienda limitar el uso de estos fármacos debido a la alta comorbilidad del TEPT con trastorno por abuso de sustancias como el alcohol y la falta de evidencia de eficacia.

Antipsicóticos atípicos:

Los antipsicóticos atípicos se utilizan en el tratamiento del TEPT, de manera prácticamente obligatoria cuando el mismo se presenta con síntomas de tipo psicóticos o síntomas disociativos severos. Sin embargo, también se puede utilizar como adyuvante en el tratamiento del TEPT sin las anteriores complicaciones, debido a su perfil farmacodinámico que conllevan al aumento de las sinapsis dopaminérgicas y serotoninérgicas en ciertas vías claves a nivel central.

Los antipsicóticos más frecuentemente utilizados y con mayor evidencia en el tratamiento del TEPT son: **quetiapina, risperidona y olanzapina**. Otras opciones comunes son el aripiprazol, ziprasidona, iloperidona, paliperidona, asenapina.

En años recientes, dentro de esta familia de fármacos, el **brexpiprazol** es un fármaco que ha adquirido importante interés en la investigación pre-clínica. Según algunos ensayos en animales tiene un perfil prometedor no sólo para el tratamiento complementario de la sintomatología, sino que sería un verdadero modificador del curso de la enfermedad según la teoría de la alteración paradójica de la memoria (del inglés “PTSD like-memory”), mejorando el perfil de procesamiento mnésico de los roedores en investigación con animales.

Anticonvulsivantes:

La **lamotrigina** es un fármaco con poca evidencia acumulada para el tratamiento del TEPT, aunque se cree que podría ayudar con la depresión comórbida. El **topiramato** también acumula poca evidencia, pero se cree que podría mejorar con el consumo concomitante de alcohol o en la migraña.

Comorbilidad con consumo de alcohol:

Los trastornos por abuso de sustancias, especialmente por alcohol, son comunes comórbidos en pacientes que padecen TEPT. Las dos opciones farmacológicas concomitantes más comúnmente extendidas son la **naltrexona y el acamprosato**.

Naltrexona: antagonista de los receptores opioides. Se cree que actúa en los circuitos de la recompensa disminuyendo los estímulos “gratificantes” de la bebida.

Acamprosato: derivado de la taurina. Actúa disminuyendo la sinapsis glutamatérgica y potenciando la GABAérgica, funciona como “sustituto” al alcohol en períodos de abstinencia total.

Perspectivas futuras y fármacos en investigación:

Alternativas para la prevención del desarrollo de TEPT:

Una de las teorías preponderantes de la generación del TEPT tiene que ver con la generación de la “memoria paradójica”. Esto consiste en hipermnesia involuntaria para algunos estímulos (aislados relacionados con el trauma cargados emocionalmente) y

amnesia declarativa (en general de aspectos como el contexto circundante traumático, de modo que la memoria narrativa). Se cree que tal déficit en la memoria declarativa deja problemas relacionados con el trauma elementos sensoriales no integrados y por lo tanto propensos a regresar durante flashbacks automáticos y explica la incapacidad de muchos pacientes de “recordar lo sucedido” pero tener pesadillas o flashbacks con el contenido del trauma de forma simultánea.

En base a esta teoría, se han probado distintos fármacos que intervienen con la consolidación de la memoria de manera que administrados de forma inmediata posterior a la exposición al trauma bloquean el condicionamiento al miedo en la memoria. Este es el caso de los **bloqueadores beta**, fármacos antiarrítmicos/antihipertensivos que al bloquear los receptores beta ubicados en hipocampo y corteza prefrontal ventromedial impedirían que se produzca condicionamiento asociativo al miedo en la amígdala ante el estímulo estresor. Los estudios hasta el momento impresionan prometedores, y la investigación continúa tanto para la prevención del desarrollo de TEPT como para su tratamiento.

Otro tratamiento potencialmente preventivo del TEPT es la **hidrocortisona**, debido a los curiosamente bajos niveles de cortisol encontrados en pacientes que experimentan TEPT. Se cree que niveles bajos de cortisol bajos al momento de producirse el trauma podrían contribuir a su desarrollo, por lo que pareciera ser otra prometedora opción terapéutica.

Autores proponen la utilización de **opioides** como morfina, ya que los estudios en animales sugieren que la morfina puede producir amnesia retrógrada del miedo contextual condicionado en amígdala, posiblemente a través de disminución de AMPc o la activación de los receptores de NMDA en el hipocampo. De todas formas, como cualquier tratamiento que incluye una droga con potencial adictivo, debe tenerse particular cautela en su posible utilización debido a la alta comorbilidad con abuso de sustancias previamente mencionado.

Nos gustaría en este punto hacer una mención especial al **brexpiprazol** (previamente explicado en el apartado de antipsicóticos atípicos) debido a sus prometedores efectos sobre esta área.

Alternativas en el tratamiento del TEPT desarrollado:

La **D-cicloserina** es un fármaco co-agonista de los receptores NMDA de glutamato. Los receptores de glutamato NMDA se encuentran entre otros sitios en el hipocampo y se creen fundamentales en la generación de nuevos recuerdos y aprendizajes. Tanto las terapias farmacológicas como las no farmacológicas (Ej: terapia de exposición) se asientan sobre

este principio: el aprendizaje de una nueva forma de reaccionar ante el estímulo temido cuando se es expuesto sucesivas veces al mismo. El refuerzo de los receptores NMDA de glutamato por parte de la D-cicloserina podría ser un complemento en conjunto con la terapia de exposición para reforzar los nuevos aprendizajes que deben “reescribir” el condicionamiento al miedo que ejerció el trauma.

Los antagonistas del **receptor CRF-1** se encuentran actualmente en estudio para el tratamiento del TEPT. Su blanco de acción es el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal y la respuesta anormal al estrés. Otros fármacos que actuarían sobre este eje son los antagonistas de los **receptores de glucocorticoides** y antagonistas del receptor de **vasopresina 1B**.

Otras líneas de investigación se orientan a los neuroesteroides. Normalmente ciertos esteroides que atraviesan barrera hematoencefálica interactúan con el receptor GABA-A y propician la unión del GABA por su receptor. En el TEPT estos neuroesteroides se encuentran bajos por lo que se presume que la **ganaxolona**, un agonista neuroesteroide de este canal, podría ser efectivo en el tratamiento de la sintomatología.

También se han propuesto la utilización de S-ketamina o ketamina, sin embargo la mayoría de los expertos coinciden en que no sería una recomendación para el tratamiento del TEPT al momento actual.

Quizás aún más recientemente otro fármaco que se encuentra en experimentación es la **L-DOPA**. La L-DOPA es un precursor de la dopamina, un neurotransmisor que está involucrado en el sistema de recompensa del cerebro, el cual se ha visto afectado en las personas con TEPT. En un estudio piloto, se administró L-DOPA a pacientes con TEPT antes de la exposición a un estresor traumático. Se encontró que la L-DOPA redujo la respuesta del sistema nervioso simpático, el cual se activa durante el estrés. En otro estudio, se administró L-DOPA a pacientes con TEPT y se midió su respuesta emocional a imágenes traumáticas. Se encontró que la L-DOPA redujo la actividad en la amígdala, una región del cerebro que se activa durante la respuesta al estrés. Asimismo, en un ensayo clínico controlado, se administró L-DOPA a pacientes con TEPT y se encontró que mejoró la respuesta de la amígdala a estímulos emocionales y redujo los síntomas de ansiedad y depresión.

A pesar de estos hallazgos prometedores, se necesitan más estudios para confirmar los efectos de la L-DOPA en el tratamiento del TEPT y determinar la dosis y duración óptimas del tratamiento.

Por último, una perspectiva que resulta interesante en estos años del “resurgimiento de la psiquiatría psicodélica” son los estudios que combinan psicoterapias para evitar la re-consolidación de emociones/recuerdos (que se produce por ejemplo con los flashbacks) y las **drogas psicodélicas (especialmente MDMA)**.

Quizás aún sea algo pronto para saber cuáles serán los resultados de estas novedosas propuestas, sin embargo muchos de ellos se encuentran en fases avanzadas de investigación clínica y podrían ser próximos aliados. Algo importante a destacar es que parece que es fundamental que los equipos sean interdisciplinarios para favorecer terapias farmacológicas y psicoterapéuticas coherentes y eficaces para el tratamiento del TEPT, entre otras patologías.

Tratamiento del trastorno por estrés post traumático complejo:

Existen diferentes opciones de tratamiento para el trastorno de estrés postraumático complejo (TEPTC), y el tratamiento farmacológico es una de ellas. Hay varios medicamentos que se han utilizado para tratar el TEPTC, incluyendo antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo y medicamentos ansiolíticos.

Un estudio publicado en la revista *Psychiatric Annals* en 2018 titulado "Trastorno de estrés postraumático complejo: una revisión de tratamientos farmacológicos" proporciona una visión general de los medicamentos que se han utilizado en el tratamiento del TEPTC. El estudio indica que los medicamentos más comúnmente utilizados para el tratamiento del TEPTC incluyen antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), así como estabilizadores del estado de ánimo como la lamotrigina y el ácido valproico.

El mismo estudio indica que si bien no hay un consenso definitivo sobre cuál es el mejor medicamento para el tratamiento del TEPTC, la mayoría de los estudios han encontrado que los ISRS son efectivos para reducir los síntomas de ansiedad, depresión y disociación asociados con el trastorno. Además, el ácido valproico se ha demostrado que reduce los síntomas de ansiedad y agresión en pacientes con TEPTC.

En general, el tratamiento farmacológico del TEPTC debe ser individualizado para cada paciente, teniendo en cuenta su perfil de síntomas y los efectos secundarios potenciales de

los medicamentos. El tratamiento farmacológico también debe combinarse con terapia psicológica y otras formas de apoyo, como el cuidado personal y el apoyo social.

Referencias bibliográficas:

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Asnis, G. M., Kohn, S. R., Henderson, M., & Brown, N. L. (2004). SSRIs versus non-SSRIs in post-traumatic stress disorder: an update with recommendations. *Drugs*, 64(4), 383–404. <https://doi.org/10.2165/00003495-200464040-00004>

Asociación Americana de Psicología. APA. (2017). *Guideline Development Panel for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults* Adopted as APA Policy February 24, 2017

Ayuso-Gutierrez, J. L., & Delgado-Hito, P. (2008). Trastornos adaptativos: Enfoque psicofarmacológico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(6), 335-342.

Beck, A.T. y Clark, D.A. (2010) *Terapia cognitiva de los trastornos de ansiedad. Ciencia y práctica*. Bilbao. Desclée De Brouwer. Capítulos 1 y 2

Brunet, A., Saumier, D., Liu, A., Streiner, D. L., Tremblay, J., & Pitman, R. K. (2018). Reduction of PTSD Symptoms With Pre-Reactivation Propranolol Therapy: A Randomized Controlled Trial. *The American journal of psychiatry*, 175(5), 427–433. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17050481>

Carvajal, César. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 20-34. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>

Carbonell, Carmen Gloria. (2002). Posttraumatic stress disorder: clinical and psychotherapy. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 69-75. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600006>

Cisler, J. M., Privratsky, A. A., Sartin-Tarm, A., Sellnow, K., Ross, M., Weaver, S., Hahn, E., Herringa, R. J., James, G. A., & Kilts, C. D. (2020). L-DOPA and consolidation of fear extinction learning among women with posttraumatic stress disorder. *Translational psychiatry*, 10(1), 287. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00975-3>

Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615-627. doi: 10.1002/jts.20697

Ducourneau, E. G., Guette, C., Perrot, D., Mondesir, M., Mombereau, C., Arnt, J., Desmedt, A., & Piazza, P. V. (2021). Brexpiprazole blocks post-traumatic stress disorder-like memory while promoting normal fear memory. *Molecular psychiatry*, 26(7), 3018–3033. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0852-z>

Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. Oxford University Press.

Geldenhuys, C., van den Heuvel, L. L., Steyn, P., & Seedat, S. (2022). Pharmacological Management of Nightmares Associated with Posttraumatic Stress Disorder. *CNS drugs*, 36(7), 721–737. <https://doi.org/10.1007/s40263-022-00929-x>

Gerlicher, A., Tüscher, O., & Kalisch, R. (2019). L-DOPA improves extinction memory retrieval after successful fear extinction. *Psychopharmacology*, 236(12), 3401–3412. <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05301-4>

Goulet, J. L., & Doerfler, L. A. (2014). Pharmacotherapy for adjustment disorder: A review. *Psychiatric Quarterly*, 85(1), 1-9. doi: 10.1007/s11126-013-9262-7

Green B. (2014). Prazosin in the treatment of PTSD. *Journal of psychiatric practice*, 20(4), 253–259. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000452561.98286.1e>

Johnson, M. R., Lydiard, R. B., & Laraia, M. T. (1997). Pharmacotherapy of adjustment disorder. *Psychiatric Annals*, 27(8), 572-577.

Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: A review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 167-181. doi: 10.2147/NDT.S10389

Latimer, D., Stocker, M. D., Sayers, K., Green, J., Kaye, A. M., Abd-Elsayed, A., Cornett, E. M., Kaye, A. D., Varrassi, G., Viswanath, O., & Urits, I. (2021). MDMA to Treat PTSD in Adults. *Psychopharmacology bulletin*, 51(3), 125–149.

Lipinska, G., Baldwin, D. S., & Thomas, K. G. (2016). Pharmacology for sleep disturbance in PTSD. *Human psychopharmacology*, 31(2), 156–163. <https://doi.org/10.1002/hup.2522>

Martin, A., Naunton, M., Kosari, S., Peterson, G., Thomas, J., & Christenson, J. K. (2021). Treatment Guidelines for PTSD: A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 10(18), 4175. <https://doi.org/10.3390/jcm10184175>

Mitchell, J. M., Bogenschutz, M., Lilienstein, A., Harrison, C., Kleiman, S., Parker-Guilbert, K., Ot'alora G, M., Garas, W., Paleos, C., Gorman, I., Nicholas, C., Mithoefer, M., Carlin, S., Poulter, B., Mithoefer, A., Quevedo, S., Wells, G., Klaire, S. S., van der Kolk, B., Tzarfaty, K., ... Doblin, R. (2021). MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nature medicine*, 27(6), 1025–1033. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01336-3>

Morgenthaler, T. I., Auerbach, S., Casey, K. R., Kristo, D., Maganti, R., Ramar, K., Zak, R., & Kartje, R. (2018). Position Paper for the Treatment of Nightmare Disorder in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Position Paper. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 14(6), 1041–1055. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7178>

Morris, L. S., McCall, J. G., Charney, D. S., & Murrough, J. W. (2020). The role of the locus coeruleus in the generation of pathological anxiety. *Brain and neuroscience advances*, 4, 2398212820930321. <https://doi.org/10.1177/2398212820930321>

National Centre for Mental Health. NCMH. (2022). Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

Palacios L, Heinze G. (2002). Trastorno por estrés postraumático: Una revisión del tema (Primera Parte) . *Salud Mental*. 2002;25(3):19-26.

Pieschacón Fonrodona , M., (2006). Estado del arte del trastorno de estrés postraumático. *Suma Psicológica*, 13(1),67-84.[fecha de Consulta 23 de Febrero de 2023]. ISSN: 0121-4381. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134219070005>

Prakash, O., & Sharma, N. (2018). Role of pharmacotherapy in adjustment disorders. *Delhi Psychiatry Journal*, 21(2), 244-247.

Qi, W., Gevonden, M., & Shalev, A. (2016). Prevention of Post-Traumatic Stress Disorder After Trauma: Current Evidence and Future Directions. *Current psychiatry reports*, 18(2), 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0655-0>

Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., & Gaebel, W. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3-19. doi: 10.1002/wps.20611

Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2016). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. Guilford Publications.

Rojas CM. (2016). Trastorno de estrés postraumático. *Rev Med Cos Cen*. 2016;73(619):233-240.

Schrader, C., & Ross, A. (2021). A Review of PTSD and Current Treatment Strategies. *Missouri medicine*, 118(6), 546–551.

Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures (3rd ed.)*. Guilford Press.

Singewald, N., Schmuckermair, C., Whittle, N., Holmes, A., & Ressler, K. J. (2015). Pharmacology of cognitive enhancers for exposure-based therapy of fear, anxiety and trauma-related disorders. *Pharmacology & therapeutics*, 149, 150–190. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2014.12.004>

Suliman, S., Mkize, L., & Seedat, S. (2018). Complex Posttraumatic Stress Disorder: A Review of Pharmacological Treatments. *Psychiatric Annals*, 48(9), 430-438. doi: 10.3928/00485713-20180813-01

Stahl, S. M. (2021). *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. Fifth Edition. Cambridge university press.

Stahl, S. M., & Grady, M. M. (2010). *Stahl's illustrated anxiety, stress, and PTSD*. Cambridge University Press.

Wichniak, A., Wierzbicka, A. E., & Jarema, M. (2021). Treatment of insomnia - effect of trazodone and hypnotics on sleep. *Leczenie bezsenności – wpływ trazodonu i leków nasennych na sen*. *Psychiatria polska*, 55(4), 743–755. <https://doi.org/10.12740/PP/125650>

World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th ed.)*. Geneva: World Health Organization.