

Trastorno de estrés postraumático

Criterios diagnósticos

309.81 (F43.10)

Trastorno de estrés postraumático

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más adelante).

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

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

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

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

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(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:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

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

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- E La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés post-traumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años

- A. En niños menores de 6 años, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros, especialmente a los cuidadores primarios.

Nota: No incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

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

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como recreación en el juego.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: Puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso(s) traumático(s).

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

Evitación persistente de los estímulos

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

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

Alteración cognitiva

3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).

4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.

5. Comportamiento socialmente retraído.

6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

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

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas patallas extremas).

2. Hipervigilancia.

3. Respuesta de sobresalto exagerada.

4. Problemas con concentración.

5. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E. La duración de la alteración es superior a un mes.

- E La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.
- G La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés post-traumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros 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 (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de estrés posttraumático (TEPT) es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos. Las reacciones emocionales al evento traumático (p. ej., el miedo, la impotencia, el horror) ya no forman parte del Criterio A. La presentación clínica del TEPT varía. En algunos individuos se basa en la reexperimentación del miedo, y pueden predominar los síntomas emocionales y de comportamiento. En otros serían más angustiosos la anhedonia o los estados de ánimo disfóricos y las cogniciones negativas. En otros individuos sobresalen la excitación y la externalización de los síntomas reactivos, mientras que en otros predominan los síntomas disociativos. Por último, algunos individuos presentan combinaciones de estos patrones de síntomas.

Los eventos traumáticos experimentados directamente en el Criterio A son, aunque no se limitan a éstos, la exposición a la guerra como combatiente o civil, la amenaza o el asalto físico real (p. ej., la agresión física, el robo, el atraco, el abuso físico en la infancia), las amenazas o el abuso sexual real (p. ej., la penetración sexual forzada, la penetración sexual facilitada por drogas o alcohol, el contacto sexual abusivo, el abuso sexual sin contacto, el tráfico sexual), ser secuestrado o tomado como rehén, los ataques terroristas, la tortura, el encarcelamiento como prisionero de guerra, los desastres naturales o humanos y los accidentes de tráfico graves. Para los niños, un evento de violencia sexual podría ser una experiencia sexual inapropiada para su etapa del desarrollo, sin violencia o lesiones físicas. No se considerarían eventos necesariamente traumáticos las afecciones médicas potencialmente mortales o las enfermedades debilitantes. Los incidentes médicos, que se califican como sucesos traumáticos, implicarían eventos trágicos repentinos (p. ej., despertarse durante una cirugía, un *shock* anafiláctico). Los acontecimientos presenciados son, aunque no se limitan a ellos, la observación de lesiones o de amenazas serias, la muerte de causa no natural, el asalto físico o sexual a otra persona mediante un ataque violento, la violencia doméstica, los accidentes, las guerras o los desastres, o la visión de sucesos médicos catastróficos que afecten al propio hijo (p. ej., una hemorragia con peligro vital). La exposición indirecta a un suceso a través del aprendizaje se limita a las experiencias que afectan a los parientes cercanos o a los amigos, y a las experiencias que son violentas o accidentales (p. ej., la muerte por causas naturales no se incluye). Tales

sucesos son el asalto violento a una persona, el suicidio, los accidentes graves y las lesiones graves. El trastorno puede ser especialmente grave o de larga duración cuando el agente estresante es interpersonal e intencional (p. ej., la tortura sexual, la violencia).

El acontecimiento traumático se puede reexperimentar de diversas maneras. Normalmente, el individuo tiene recuerdos intrusivos del evento de forma recurrente e involuntaria (Criterio B1). Los recuerdos intrusivos del TEPT se distinguen de la rumiación depresiva en que sólo se refieren a los recuerdos angustiantes involuntarios e intrusivos. El énfasis está en la memoria recurrente del evento, que suele tener componentes de tipo sensorial, emocional o fisiológico. Un síntoma común es la reexperimentación de sueños angustiantes que repiten el evento en sí o que son representativos o están temáticamente relacionados con los principales peligros que acompañaban al evento traumático (Criterio B2). El individuo puede experimentar estados disociativos que duren desde unos segundos hasta varias horas o incluso días, durante los cuales se reviven los componentes del evento y el individuo se comporta como si el suceso estuviera ocurriendo en ese momento (Criterio B3). Tales eventos aparecen en un continuo que abarca desde intrusiones breves sensoriales visuales o de otro tipo sobre una parte del evento traumático sin perder la orientación a la realidad, hasta una pérdida completa de la conciencia del entorno real. Estos episodios, a menudo referidos como memorias retrospectivas (*flashbacks*), son típicamente breves pero pueden estar asociados a una angustia prolongada y a una gran activación. En los niños pequeños, la reconstrucción de los acontecimientos relacionados con el trauma puede aparecer en el juego o en los estados disociativos. Cuando el individuo está expuesto a eventos de activación que puedan parecerse o simbolizar aspectos del acontecimiento traumático (p. ej., días de viento después de un huracán, ver a alguien que se parece a un agresor), se produce un malestar psicológico intenso (Criterio B4) o una reactividad fisiológica (Criterio B5). La señal de activación podría ser una sensación física (p. ej., los mareos en las personas que han sufrido un traumatismo en la cabeza, los latidos rápidos cardíacos en un niño que ha sufrido un trauma previo), en particular en las personas que sufren presentaciones somáticas.

Los estímulos asociados al trauma se evitan de un modo persistente (p. ej., siempre o casi siempre). Habitualmente, el individuo hace esfuerzos deliberados por evitar los pensamientos, los recuerdos, los sentimientos, o no quiere hablar sobre el evento traumático (p. ej., utilizando técnicas de distracción para evitar los recuerdos internos) (Criterio C1) y para evitar las actividades, objetos, situaciones o personas que le despiertan los recuerdos (Criterio C2).

Las alteraciones en las cogniciones negativas o en los estados de ánimo asociados con el evento comienzan o empeoran después de la exposición al mismo. Estas alteraciones negativas pueden presentarse de diversas formas, como la incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático; tal olvido se debe típicamente a la amnesia disociativa y no a un traumatismo en la cabeza, al alcohol o a las drogas (Criterio D1). Otra forma son las expectativas negativas persistentes (p. ej., siempre o casi siempre) sobre aspectos importantes de la vida, que se aplican a uno mismo, a los demás y al futuro (p. ej., "siempre he tomado una mala decisión", "no se puede confiar en las autoridades"), que pueden manifestarse como un cambio negativo en la identidad percibida desde el trauma (p. ej., "no puedo confiar en nadie nunca más"; Criterio D2). Los individuos con trastorno de estrés postraumático pueden tener cogniciones erróneas persistentes sobre las causas de la situación traumática, que les llevan a culparse a sí mismos o a los demás (p. ej., "fue mi culpa que mi tío abusase de mí") (Criterio D3). Aparece un estado de ánimo persistentemente negativo (p. ej., miedo, horror, ira, culpa, vergüenza) que se inicia o bien empeora después de la exposición al evento (Criterio D4). El individuo puede experimentar un interés y una participación marcadamente disminuidos en las actividades que antes disfrutaba (Criterio D5), una sensación de aislamiento o de alejamiento de las demás personas (Criterio D6), o una incapacidad persistente para sentir emociones positivas (sobre todo felicidad, alegría, satisfacción, o emociones asociadas con la intimidad, la ternura y la sexualidad) (Criterio D7).

Los individuos con trastorno de estrés postraumático pueden estar irascibles e incluso pueden emplear conductas agresivas verbales y/o físicas con poca o ninguna provocación (p. ej., gritar a la gente, entablar peleas, romper objetos) (Criterio E1). También pueden participar en conductas temerarias o autodestructivas, como una conducción peligrosa, un consumo excesivo de alcohol o de drogas, infligirse autolesiones o tener un comportamiento suicida (Criterio E2). El trastorno de estrés postraumático a menudo se caracteriza por una elevada sensibilidad a las amenazas potenciales, entre las que están aquellas que se relacionan con la experiencia traumática (p. ej., son especialmente sensibles a la amenaza potencial que puedan

suponer los coches o los camiones a raíz de un accidente de vehículo a motor), y a las amenazas que no están relacionadas con el evento traumático (p. ej., tener miedo de sufrir un ataque al corazón) (Criterio E3). Las personas con trastorno de estrés postraumático pueden ser muy reactivas a los estímulos inesperados, y mostrar una mayor respuesta de sobresalto o de nerviosismo a los ruidos fuertes o a los movimientos inesperados (p. ej., sobresaltarse notablemente en respuesta a un timbre de teléfono) (Criterio E4).

Continuamente informan de dificultades de concentración, entre las que están la dificultad para recordar los hechos cotidianos (p. ej., olvidando el propio número de teléfono) o los problemas para prestar atención a las tareas específicas (p. ej., seguir una conversación durante un período sostenido de tiempo) (Criterio E5). También son comunes los problemas para conciliar y mantener el sueño que pueden estar asociados con pesadillas y con preocupaciones sobre la seguridad, o podría haber una excitación generalizada elevada que interfiriera con el sueño adecuado (Criterio E6). Algunos individuos también experimentan síntomas disociativos persistentes de separación de sus cuerpos (despersonalización) o del mundo que les rodea (desrealización); esto se refleja en el especificador "con síntomas disociativos".

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Se puede producir una regresión en el desarrollo, como la pérdida de lenguaje en los niños pequeños, y pueden aparecer pseudoalucinaciones auditivas, tales como experiencias sensoriales auditivas de los propios pensamientos en forma de una o más voces diferentes que hablan, así como ideación paranoide. A raíz de unos sucesos traumáticos prolongados, reiterados y graves (p. ej., el abuso infantil, la tortura), el individuo puede experimentar además problemas para regular las emociones o para mantener unas relaciones interpersonales estables, o síntomas disociativos. Cuando el evento traumático ocasiona una muerte violenta, se pueden presentar síntomas tanto de duelo complicado como de trastorno de estrés postraumático.

Prevalencia

En Estados Unidos, el riesgo vital para el TEPT, utilizando los criterios DSM-IV, a la edad de 75 años es del 8,7 %. La prevalencia anual entre los adultos de Estados Unidos es de aproximadamente el 3,5 %. Se observan estimaciones más bajas en Europa y la mayor parte de Asia, África y en los países de América Latina, agrupándose en torno al 0,5 -1,0 %. Aunque los distintos grupos muestran diferentes niveles de exposición a los eventos traumáticos, la probabilidad condicional para un trastorno de estrés postraumático podría variar también entre los diferentes grupos culturales cuando desarrollan un nivel similar de exposición. Los índices de trastorno de estrés postraumático son más altos entre los veteranos y otras personas cuya profesión tiene un riesgo de exposición traumática elevado (p. ej., la policía, los bomberos, el personal médico de emergencia). Las tasas más altas (que van desde un tercio a más de la mitad de las personas expuestas) se encuentran entre los supervivientes de violación, combate militar, cautiverio e internamiento y genocidio por causas políticas o étnicas. La prevalencia del trastorno de estrés postraumático puede variar a lo largo del desarrollo. Los niños y los adolescentes, incluidos los niños en edad preescolar, generalmente muestran una prevalencia menor después de una exposición a eventos traumáticos graves; sin embargo, esto puede deberse a que los criterios anteriores no están suficientemente informados según el desarrollo. La prevalencia del trastorno de estrés postraumático de clínica completa también parece ser menor entre las personas mayores en comparación con la población general. Hay evidencia de que las presentaciones subliminales del TEPT son más frecuentes en la edad adulta que las expresiones completas, y que estos síntomas se asocian a un deterioro clínico sustancial. En comparación con los blancos no latinos de Estados Unidos, se han comunicado mayores tasas de trastorno de estrés postraumático entre los latinos de Estados Unidos, los afroamericanos y los indios americanos, y de tasas más bajas entre los estadounidenses de origen asiático, después de ajustar por la exposición traumática y las variables demográficas.

Desarrollo y curso

El trastorno de estrés postraumático puede ocurrir a cualquier edad, empezando a partir del primer año de vida. Los síntomas generalmente comienzan dentro de los primeros 3 meses después del trauma, aunque puede haber un retraso de meses, o incluso de años, antes de que se cumplan los criterios para el diagnóstico. Existen abundantes datos científicos que apoyan lo que el DSM-IV ha llamado "inicio retardado", pero que ahora se llama "expresión retrasada", reconociendo que algunos de los síntomas aparecen, por lo general, de forma inmediata y que la demora se produce en la recopilación de los criterios completos.

Con frecuencia, la reacción de un individuo a un trauma inicialmente cumple con los criterios para el trastorno de estrés agudo en el período inmediatamente posterior al trauma. Los síntomas del trastorno de estrés postraumático y el predominio relativo de los diferentes síntomas pueden variar con el tiempo. La duración de los síntomas también varía, con una recuperación completa a los 3 meses en aproximadamente la mitad de los adultos, mientras que otras personas permanecen sintomáticas durante más de 12 meses y a veces durante más de 50 años. Puede aparecer una recurrencia y una intensificación de los síntomas en respuesta a los recuerdos del trauma original, a los estresores vitales o a los nuevos acontecimientos traumáticos experimentados. En las personas mayores, el deterioro de la salud, el empeoramiento de la función cognitiva y el aislamiento social puede exacerbar los síntomas de IEPT.

La expresión clínica de la reexperimentación puede variar en las distintas etapas del desarrollo. Los niños pequeños pueden comunicar la aparición de nuevos sueños aterradores sin un contenido específico del evento traumático. Antes de la edad de 6 años (véanse los criterios para el subtipo de los preescolares), los niños pequeños son más propensos a reexperimentar los síntomas a través del juego y se refieren directa o simbólicamente al trauma. Pueden no manifestar reacciones de miedo en el momento de la exposición o durante la reexperimentación. Los padres pueden comunicar una amplia variedad de cambios emocionales o de comportamiento en los niños pequeños. Los niños pueden centrarse en las intervenciones imaginarias de su juego o en la narración de las historias. Además de las evitaciones, los niños pueden llegar a preocuparse por los recuerdos. Debido a las limitaciones de los niños pequeños para expresar los pensamientos o para clasificar las emociones, las alteraciones negativas del estado de ánimo o de la cognición tienden a manifestarse principalmente como cambios de humor. Los niños pueden experimentar traumas repetitivos (p. ej., el abuso físico, ser testigos de violencia doméstica) y, en circunstancias crónicas, pueden no ser capaces de identificar el inicio de la sintomatología. En los niños pequeños, la conducta evasiva se puede asociar a restricciones del juego o las conductas exploratorias; en los niños de edad escolar, con una participación reducida en las actividades nuevas, y en los adolescentes, con resistencia a buscar oportunidades de desarrollo (p. ej., citas, conducción). Los niños y los adolescentes pueden juzgarse a sí mismos como cobardes. Los adolescentes pueden creer que se están volviendo socialmente indeseables y se alejan de sus compañeros (p. ej., "ahora nunca voy a encajar") y pierden sus aspiraciones de futuro. El comportamiento irritable o agresivo en los niños y los adolescentes puede interferir en las relaciones entre compañeros y en el comportamiento escolar. Un comportamiento imprudente puede ocasionar lesiones accidentales a sí mismo o a los demás, la búsqueda de emociones fuertes o conductas de alto riesgo. Los individuos que continúan experimentando TEPT a edades mayores pueden expresar menos síntomas de hiperexcitación, de evitación, de cogniciones y de estado de ánimo negativo en comparación con los adultos más jóvenes con trastorno de estrés postraumático, aunque los adultos expuestos a eventos traumáticos en etapas posteriores de la vida pueden mostrar más evasión, hiperexcitación, problemas de sueño y ataques de llanto, que no se producen entre los adultos más jóvenes expuestos a los mismos eventos traumáticos. En las personas mayores, el trastorno se asocia a una percepción negativa de la salud, a la utilización de la atención primaria y a la ideación suicida.

Factores de riesgo y pronóstico

Los factores de riesgo (y protección) se dividen generalmente en factores pretraumáticos, peritraumáticos y postraumáticos.

Factores pretraumáticos

Temperamentales. Son los problemas emocionales de la infancia en torno a la edad de 6 años (p. ej., antes de la exposición traumática, problemas de ansiedad o de externalización) y los trastornos mentales previos (p. ej., el trastorno de pánico, el trastorno depresivo, el trastorno de estrés postraumático o el trastorno obsesivo-compulsivo [TOC]).

Ambientales. Son un bajo nivel socioeconómico, una educación escasa, la exposición a un trauma previo (especialmente durante la niñez), la adversidad en la niñez (p. ej., necesidades económicas, disfunción familiar, la separación de los padres o la muerte), las características culturales (p. ej., estrategias de afrontamiento fatalistas o de autculpa), una deficiencia de inteligencia, una condición racial/étnica minoritaria y una historia psiquiátrica familiar. El apoyo social antes de la exposición al suceso es protector.

Genéticos y fisiológicos. Son el sexo femenino y una edad más joven en el momento de la exposición al trauma (para los adultos). Ciertos genotipos pueden ser protectores o de riesgo para el trastorno de estrés postraumático después de la exposición a sucesos traumáticos.

Factores peritraumáticos

Ambientales. Son la gravedad (dosis) del trauma (cuanto mayor es la magnitud de trauma, mayor es la probabilidad de TEPT), el peligro vital percibido, las lesiones personales, la violencia interpersonal (especialmente el trauma perpetrado por un cuidador o al presenciar cómo se amenaza a un cuidador de los niños) y, para el personal militar, ser autor o testigo de atrocidades, o matar al enemigo. Finalmente, es un factor de riesgo la disociación que se produce durante el trauma que persiste después.

Factores postraumáticos

Temperamentales. Son las evaluaciones negativas, las estrategias de afrontamiento inadecuadas y el desarrollo de un trastorno de estrés agudo.

Ambientales. Son la posterior exposición a recuerdos molestos repetitivos, a acontecimientos adversos posteriores y a pérdidas relacionadas con traumas financieros o de otra índole. El apoyo social (incluyendo la estabilidad familiar para los niños) es un factor protector que modera el resultado después de un trauma.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El riesgo de aparición y la gravedad del TEPT pueden cambiar de unos grupos culturales a otros como consecuencia de las variaciones en el tipo de exposición traumática (p. ej., el genocidio), del impacto de la severidad del trastorno en cuanto al significado atribuido al evento traumático (p. ej., la incapacidad para llevar a cabo los ritos funerarios después un asesinato en masa), del contexto sociocultural en curso (p. ej., residir cerca de los perpetradores impunes en circunstancias posteriores a los conflictos) y de otros factores culturales (p. ej., el estrés de aculturación entre los inmigrantes). El riesgo relativo del trastorno de estrés postraumático en función de las exposiciones particulares (p. ej., la persecución religiosa) puede variar entre los distintos grupos culturales. La expresión clínica de los síntomas o de los grupos de síntomas del TEPT pueden variar culturalmente, en particular con respecto a la evitación y los síntomas de entumecimiento, los sueños angustiosos y los síntomas somáticos (p. ej., los mareos, la falta de respiración, la sensación de calor).

Los síndromes culturales y las expresiones idiomáticas de angustia influyen en la expresión del trastorno de estrés postraumático y en la variación de los trastornos comórbidos en las diferentes culturas, proporcionando modelos conductuales y cognitivos que enlazan exposiciones traumáticas con síntomas específicos. Por ejemplo, los síntomas del ataque de pánico pueden ser sobresalientes en el TEPT entre los camboyanos y los latinoamericanos, debido a la asociación de la exposición traumática con los ataques similares al pánico, como el ataque *khyál* y el *ataque de nervios*. La evaluación completa de las expresiones del TEPT en cada zona debe incluir una valoración de la diversidad cultural de los conceptos de peligro (véase el capítulo "Formulación Cultural" en la Sección III).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El TEPT es más frecuente entre las mujeres que entre los varones durante toda la vida. En la población general, las mujeres presentan una mayor duración del TEPT en comparación con los varones. Al menos parte del aumento del riesgo de TEPT en las mujeres parece ser atribuible a una mayor probabilidad de exposición a eventos traumáticos, como la violación y otras formas de violencia interpersonal. En las poblaciones expuestas específicamente a estos tipos de estrés, las diferencias de género para el riesgo del trastorno de estrés postraumático están atenuadas o no son significativas.

Riesgo de suicidio

Los eventos traumáticos como el abuso infantil aumentan el riesgo de suicidio de una persona. El trastorno de estrés postraumático se asocia con ideación suicida e intentos de suicidio, y la presencia de la enfermedad podría indicar que estas personas con ideación finalmente van a acabar haciendo un plan de suicidio o, de hecho, van a intentar suicidarse.

Consecuencias funcionales del trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático se asocia con altos niveles de discapacidad social, ocupacional y física, así como con costes económicos considerables y altos niveles de utilización de los servicios médicos. El

deterioro del funcionamiento se exhibe a través de los dominios sociales, interpersonales, del desarrollo, educacionales, de salud física y ocupacionales. En muestras de la comunidad y de veteranos, el TEPT se asocia con relaciones sociales y familiares pobres, con absentismo laboral, menores ingresos, y con un menor nivel educativo y de éxito en el trabajo.

Diagnóstico diferencial

Trastornos de adaptación. En los trastornos de adaptación, el factor estresante puede ser de cualquier gravedad, y no sólo de la requerida para el trastorno de estrés postraumático (Criterio A). El diagnóstico de un trastorno de adaptación se utiliza cuando la respuesta a un factor estresante, que cumpla con el Criterio A del TEPT, no cumple todos los demás criterios de TEPT (o criterios para otro trastorno mental). También se diagnostica trastorno de adaptación cuando el patrón de síntomas del trastorno de estrés postraumático se produce como respuesta a un factor de estrés que no cumple con el Criterio A del TEPT (p. ej., el abandono por parte del cónyuge, ser despedido).

Otros trastornos y afecciones postraumáticas. No toda la psicopatología que se produce en los individuos expuestos a un factor de estrés extremo necesariamente debe atribuirse al TEPT. El diagnóstico requiere que la exposición al trauma preceda a la aparición o a la exacerbación de los síntomas pertinentes. Por otra parte, si el patrón sintomatológico de respuesta al factor estresante extremo cumple con los criterios para otro trastorno mental, se deberían aplicar estos diagnósticos en lugar o además del diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. Se pueden excluir otros diagnósticos y afecciones cuando los síntomas se explican mejor por un trastorno de estrés postraumático (p. ej., los síntomas de trastorno de pánico que suceden sólo después de la exposición a los recuerdos traumáticos). Si los patrones de respuesta a los estresantes extremos fueran muy graves, se podría justificar un diagnóstico separado (p. ej., amnesia disociativa).

Trastorno de estrés agudo. El trastorno de estrés agudo se distingue del trastorno de estrés postraumático debido a que el patrón de los síntomas en el trastorno de estrés agudo se limita a una duración de entre 3 días y 1 mes después de la exposición al evento traumático.

Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo. En el TOC hay pensamientos intrusivos recurrentes, pero éstos cumplen la definición de obsesión. Además, los pensamientos intrusivos no están relacionados con un evento traumático experimentado, suelen existir compulsiones, y suelen estar ausentes los otros síntomas del trastorno de estrés postraumático o trastorno de estrés agudo. Ni la excitación y los síntomas disociativos del trastorno de pánico, ni la evitación, la irritabilidad y la ansiedad del trastorno de ansiedad generalizada se asocian con un evento traumático específico. Los síntomas del trastorno de ansiedad de separación están claramente relacionados con la separación del hogar o de la familia, en lugar de con un evento traumático.

Trastorno depresivo mayor. La depresión mayor puede o no estar precedida de un evento traumático y se debería diagnosticar si no existen otros síntomas de TEPT. En concreto, los principales trastornos depresivos no tienen ningún síntoma de los criterios B o C del TEPT. Tampoco tienen una serie de síntomas de los Criterios D o E del trastorno de estrés postraumático.

Trastornos de la personalidad. La dificultades interpersonales que tuvieron su inicio o que se exacerbaron considerablemente después de la exposición a un evento traumático indicarían un trastorno de estrés postraumático, en lugar de un trastorno de la personalidad, en el que se considera que tales dificultades son independientes de la exposición traumática.

Trastornos disociativos. La amnesia disociativa, el trastorno de identidad disociativo y el trastorno de despersonalización-desrealización pueden o no estar precedidos por la exposición a un evento traumático o pueden o no producir conjuntamente los síntomas de TEPT. Cuando se manifiestan los criterios del TEPT completo, se debería considerar el trastorno de estrés postraumático subtipo "con síntomas disociativos".

Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). Una aparición de síntomas somáticos en el contexto de una angustia postraumática podría ser un indicio de trastorno de estrés postraumático en lugar de un trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales).

Trastornos psicóticos. Las memorias retrospectivas (*flashbacks*) en el TEPT se deben distinguir de las ilusiones, alucinaciones y de otros trastornos de la percepción que pueden aparecer en la esquizofrenia, el trastorno psicótico breve y en otros trastornos psicóticos, en los trastornos depresivos y

bipolares con características psicóticas, en el delirium, en los trastornos inducidos por sustancias/medicamentos, y en los trastornos psicóticos debidos a otra afección médica.

Lesión cerebral traumática. Cuando se produce una lesión cerebral en el contexto de un evento traumático (p. ej., un accidente traumático, la explosión de una bomba, un trauma de aceleración/ deceleración), pueden aparecer los síntomas del trastorno de estrés postraumático. Un traumatismo craneal también puede constituir un acontecimiento traumático psicológico, y los síntomas neurocognitivos relacionados con la lesión cerebral traumática no son mutuamente excluyentes y pueden aparecer al mismo tiempo. Los anteriormente denominados síntomas posteriores a una conmoción (p. ej., dolores de cabeza, mareos, sensibilidad a la luz o al sonido, irritabilidad, déficit de concentración) pueden aparecer en los individuos con daños cerebrales, pero también pueden hacerlo en aquellos que no presentan lesiones cerebrales, incluidas las personas con trastorno de estrés postraumático. Debido a que los síntomas del trastorno de estrés postraumático y los síntomas neurocognitivos relacionados con las lesiones cerebrales traumáticas pueden superponerse, es posible que se tenga que realizar un diagnóstico diferencial, entre el TEPT y los síntomas del trastorno neurocognitivo atribuibles a la lesión cerebral traumática, basándose en la presencia de los síntomas, que son característicos de cada presentación. Así, la reexperimentación y la evitación son característicos del TEPT y no de la lesión cerebral traumática, y la desorientación persistente y la confusión son más específicos de la lesión cerebral traumática que del trastorno de estrés postraumático.

Comorbilidad

Los individuos con trastorno de estrés postraumático son un 80 % más propensos a presentar síntomas que cumplen con los criterios diagnósticos para, al menos, otro trastorno mental (p. ej., depresión, trastorno bipolar, ansiedad o trastornos por consumo de sustancias) que aquellos sin trastorno de estrés postraumático. Los trastornos por uso de sustancias comórbidos y los trastornos de conducta son más comunes entre los varones que entre las mujeres. Entre el personal militar de Estados Unidos y los veteranos de guerra de las últimas guerras en Afganistán e Iraq, la incidencia conjunta de TEPT y de lesión cerebral traumática leve es de un 48 %. Aunque la mayoría de los niños pequeños con trastorno de estrés postraumático también tiene al menos otro diagnóstico, los patrones de comorbilidad son diferentes de los que tienen los adultos, con un predominio del trastorno negativista desafiante y del trastorno de ansiedad de separación. Por último, existe una considerable comorbilidad entre el trastorno de estrés postraumático y un trastorno neurocognitivo importante, y algunos de los síntomas se solapan en estos trastornos.

Trastorno de estrés agudo

Criterios diagnósticos

308.3 (F43.0)

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. **Nota:** 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).
- Nota:** Esto 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 nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de la cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s):

Síntomas de intrusión

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
Nota: En los niños, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).