

11241

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO 32
FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: FACTORES ASOCIADOS A LA REMISIÓN Y/O PERSISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO. UNA EVALUACIÓN DE SU CURSO EN PACIENTES DE UNA MUESTRA MEXICANA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ.

TESINA QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

DR. LINO PALACIOS CRUZ

TUTOR TEÓRICO

Dr. Gerardo Heinze Martín

TUTORES METODOLÓGICOS

Dr. Francisco de la Peña Olvera

Ing. José Cortés Sotres

ELIJO REGISTRAR ESTE TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA,
PERCUTIDA A PALACIO CENTRAL,
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

16 de febrero del 2002



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: LINO PALACIOS

CRUZ

FECHA: 25/oct/02

FIRMA: 

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS.

El hombre se descubre cuando se mide con el obstáculo...(Saint-Exupéry)

Gracias al dios en quien yo creo por nunca abandonarme, cuando las horas se hacían cada vez más difíciles y las fuerzas se me iban de mis manos.

- A mis padres por siempre haberme apoyado en esta anhelada meta... realmente los quiero mucho y son un ejemplo para mí de trabajo, constancia y amor.
- Agradezco a mis Tutores (Drs. Heinze Martín y De la Peña Olvera e Ing. Cortés Sotres) sin su orientación y aportación teórica este trabajo no hubiera sido el mismo.
- A los Drs. Victoria Cárdenas, Raúl Escamilla y David Saucedo, importantes para que este trabajo tuviera un buen fin...siempre estaré agradecido con ustedes.
- Ana.... gracias por tu aportación al trabajo, siempre serás una gran amiga para mí.
- Gracias Leopoldo por darle el último toque a este trabajo.
- Este trabajo es también dedicado a mis amigos de carrera, con los cuales compartí grandes experiencias en estos tres años... buena suerte a todos, siempre ocuparán un lugar en mi mente.
- A mis hermanos...con los que siempre he contado.
- Y por último a alguien, quien siempre fue para mí un ejemplo de fortaleza. Mucho de lo que soy hoy es por esa persona....donde quiera que te encuentres sé que estas cuidándome.

Cuando naces, los demás ríen y tu lloras, vive de tal manera que cuando mueras, los demás lloren y tu rías.....

CONTENIDO

I.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Introducción,	1
Epidemiología,	2
a).- Prevalencia del evento traumático,	3
b).- Prevalencia del TPEP,	6
c).- El riesgo condicional del TPEP entre las víctimas expuestas a algún evento traumático,	10
d).- Factores de riesgo para la exposición a un evento traumático,	11
e).- Factores de riesgo para el TPEP,	14
f).- El TPEP sobre el curso de la vida,	17
g).- Los efectos del TPEP sobre el funcionamiento en general del individuo,	19
Cómorbididad y consecuencias del TPEP	20
a).- Prevalencia,	22
b).- La comorbilidad y el curso del TPEP,	22
c).- TPEP y trastornos afectivos,	23
d).- Trastorno Bipolar,	25
e).- Suicidio,	25
f).- TPEP y trastornos de ansiedad comórbidos,	26
g).- TPEP y trastornos por uso de sustancias,	28

h).- Trastornos psicóticos comórbidos,	30
i).- Trastornos de la conducta alimentaria,	32
j).- Trastornos somatomorfos,	33
k).- Trastornos disociativos,	34
Predictores del trastorno por estrés postraumático crónico,	35
La psicobiología del Trastorno por estrés postraumático,	39
a).- Función inmune,	41
b).- Niveles del desarrollo y efectos psicobiológicos del evento traumático,	42
c).- Anormalidades neuroendócrinas y lateralidad cerebral,	42
d).- Historia de la neuroimagen en el TPEP,	43
Manejo del trastorno por estrés postraumático,	48
a).- Psicoeducación y medidas de apoyo iniciales,	48
b).- Tratamiento psicológico,	49
c).- Tratamiento farmacológico	51
d).- Estrategia en el manejo apropiado del TPEP	55
¿Podría la psicobiología del TPEP enseñarnos acerca de aproximaciones futuras de la psicofarmacología?	55

II.- JUSTIFICACIÓN,	64
III.- OBJETIVOS,	65
IV.- MATERIAL Y MÉTODOS	
Procedimiento,	66
Criterios del estudio,	67
Variables de estudio,	68
Instrumentos de medición,	71
Análisis estadístico,	80
V.- RESULTADOS,	81
VI.- TABLAS Y GRÁFICAS,	85
VII.- DISCUSIÓN,	90
BIBLIOGRAFÍA,	97
ANEXOS	114

I.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por estrés postraumático (TPEP) recientemente se ha reconocido como un trastorno psiquiátrico importante, debido al incremento en los índices de violencia, sobre todo en las grandes ciudades en donde el individuo sufre de constantes agresiones que comprometen su integridad física o su vida (1).

Desde la introducción y la definición de los criterios diagnósticos del TPEP en 1980 en el DSM III (2) como una categoría diagnóstica de trastorno, han existido una serie de estudios que proveen apoyo a la validez de la etiología y fenomenología típica de este trastorno (3,4,5,6).

La característica esencial del TPEP es la aparición de síntomas que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana, acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza, y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado). En el cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso evento traumático, el paciente reexperimenta de manera persistente el acontecimiento traumático a través de flashbacks y pesadillas, que se acompañan de ansiedad severa, de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, además de síntomas persistentes de activación (arousal). El cuadro sintomático completo debe estar presente

más de 1 mes y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (7-8).

Por definición el TPEP es diferente con respecto de los trastornos de ansiedad restantes, debido a que su inicio es dependiente de la exposición una ó más experiencias traumáticas relacionadas como sucede durante una guerra o como un resultado de abuso sexual persistente. Una diferencia que indudablemente contribuye a su subreconocimiento (7).

En la 4ta. reunión del Grupo de Consenso Internacional sobre depresión y ansiedad, llevada a cabo en Montecatini, Italia, en abril de 1999, el TPEP fue considerado como el tema principal dada su alta prevalencia, impacto social, carga financiera sobre la sociedad. En las últimas 3 décadas se ha comenzando a formar las directrices biológicas del trastorno, nuevos y efectivos tratamientos comienzan a ser desarrollados (1,7).

El TPEP tiene una importancia global en la vida del individuo y su relación con la sociedad, además que se ha demostrado su gran impacto tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, pudiéndose demostrar que es un gran problema de salud pública (7).

EPIDEMIOLOGÍA, CURSO Y FARMACOECONOMÍA DEL TPEP.

Desde el Siglo XIX se tenía conocimiento de un síndrome de respuesta patológica al estrés, que podía resultar de la exposición a la guerra, agresión sexual y otros tipos de traumas. Con su codificación en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su tercera edición (DSM-III), la investigación epidemiológica sobre los síndromes de respuesta al estrés comenzó en serio (2).

El TPEP es un trastorno de ansiedad que provoca deterioro significativo en el área ocupacional, alteraciones psiquiátricas y médicas, además de incapacidad psicosocial. Los estudios epidemiológicos nos permiten estimar los índices de los trastornos específicos y su impacto en la

comunidad y en el sistema de salud. Los resultados de tales estudios pueden guiarnos en la planeación de la política pública, tratamiento y prevención de los trastornos dados (4).

Como se ha mencionado, el diagnóstico de TPEP necesita que ocurra un evento traumático y subsecuentemente una reacción emocional del individuo a dicho evento (8,4). Por esa razón, es importante estudiar no solamente la prevalencia de los diferentes eventos traumáticos en la comunidad, sino también el riesgo de los individuos expuestos para desarrollar el TPEP. Así los estudios epidemiológicos pueden informarnos acerca de: 1) La prevalencia de los diferentes eventos traumáticos y el TPEP en la comunidad, 2) Las características de las personas dentro de la población general en riesgo elevado para adquirir el TPEP después de una situación traumática, y 3) Los factores de riesgo en la comunidad para aquellos quienes se encuentran en un riesgo elevado de exposición a un evento traumático (4).

A) Prevalencia del evento traumático.

La medición de los casos de una enfermedad dada o de otra condición en una población dada en un tiempo designado es llamada *prevalencia*. La prevalencia de la exposición a los eventos traumáticos en sí, es una parte importante del estudio del TPEP. Revisando la epidemiología del TPEP, existen menos datos disponibles para este trastorno que para otros trastornos afectivos y ansiosos. Estimaciones sobre los índices del TPEP varían ampliamente dependiendo de los criterios usados, la población estudiada, y el país de interés (4).

Green describió un reporte para la *International federation of red cross and red crescent societies*; en el cuál fue evaluada la frecuencia, la mortalidad, y la morbilidad de los desastres naturales y tecnológicos en el mundo entero entre los años de 1967 y 1991. Fueron reportados un total de 7766 de desastres, los cuáles mataron a más de 7 millones de personas, además que los sobrevivientes presentaban condiciones psiquiátricas y médicas comórbidas (4).

Por su parte Norris encontró en una muestra comunitaria de 1000 adultos que el 69% habían experimentado al menos un evento traumático en su vida entera y 21% solo en el año pasado. En una muestra comunitaria de adultos jóvenes, Breslau y cols. (1991) encontraron que el 39.1% de la muestra ya había experimentado al menos un evento traumático para el comienzo de su adultez temprana, desglosando el 67.3% reportó 1 evento, 23.3% reportó 2 eventos y 9.4% reportó 3 eventos (4,9). Las experiencias traumáticas más comunes fueron lesiones súbitas ó accidentes serios, agresión física, el presenciar que alguien es lesionado o muerto, y las noticias de la muerte repentina de un pariente o amigo cercano (9).. En un seguimiento de esta muestra a más de 3 años, el 19% de la población había experimentado la exposición a un nuevo trauma, los afroamericanos tuvieron una incidencia más alta que los blancos. Los tipos de eventos traumáticos más comúnmente reportados en el seguimiento fueron los mismos que en el inicio. Sin embargo este estudio tenía varias limitaciones que los autores reconocen en cuanto al diseño, especialmente el hecho de que la población fue una muestra de jóvenes (21 a 30 años) de una organización para el mantenimiento de la salud, y como resultado no representa a todos los estratos socioeconómicos (10)

En una muestra de 4008 mujeres adultas, cuyo promedio de edad fue de 44.9 años, Resnick y cols. encontraron que la exposición global en la vida a algún tipo de evento traumático fue del 69%. El desglose de la exposición por categorías de eventos traumáticos arrojó que: 12.6% fueron traumatizados por violación, 14.3% por acoso ó intento de abuso sexual, 10.3% por abuso físico, 13.4% por la muerte de un amigo o familiar cercano debido a homicidio, 35.0% por victimización de algún acto criminal y 33% por evento traumático no criminal. Además el 51.8% de las víctimas habían experimentado más de un tipo de crimen o múltiples incidentes de un solo tipo de crimen (4,11). En una población de mujeres más jóvenes, con un promedio de edad de 31.7 años, Breslau y cols. encontraron que la prevalencia en la vida para la exposición a un evento traumático fue del 40% (4,12).

Kessler y cols. condujeron el estudio de comorbilidad nacional (ECN); llevado a cabo en 48 estados de los Estados Unidos de Norteamérica (EUN) en personas cuya edad oscilaba entre los 15

y 54 años. En este estudio encontraron que el 60.7% de los hombres y el 51.2% de las mujeres reportaron que experimentaron al menos 1 evento traumático en la vida (13). Entre aquellos quienes habían estado expuestos, 12.5% de las mujeres y 17% de los hombres tenían una historia de mas de 3 exposiciones a situaciones traumáticas en toda su vida. Es de hacer notar que este estudio usó los criterios diagnósticos del DSM-III-R para definir un evento como traumático. La prevalencia de la exposición al trauma se incrementa cuando los criterios del DSM-IV son usados. Los tipos de eventos traumáticos que más comúnmente ocurrieron en el ECN, fueron: ser testigo de un evento traumático, accidente que el individuo experimentara como amenazante de su vida y estar involucrado personalmente en un desastre natural (4,13).

El DSM-IV amplió el grupo de experiencias estresantes como eventos desencadenantes de un TPEP. Por ejemplo eventos como una enfermedad amenazante y la muerte súbita de un amigo cercano o del ser amado, ambos se califican en el DSM-IV como eventos traumáticos (8,14). En 1998 Breslau y cols. publicaron los resultados de un estudio epidemiológico comunitario que tomó datos de muestra representativa de 2181 personas entre los 18 y 45 años del *Detroit Area Survey of trauma* (1996). El estudio evaluó la exposición al evento traumático usando los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cerca del 90% de los que respondieron reportaron la exposición a al menos 1 evento traumático en la vida, dicha prevalencia en la vida fue más alta que la reportada en los estudios comunitarios previos, probablemente debida a que usaron un rango más amplio de eventos traumáticos. El 37.7% de los que respondieron, experimentaron una agresión violenta traumática (vgr: violación, tortura, o combate militar), el 59.8% sufrieron alguna otra lesión personal traumática o alguna experiencia horrible (vgr: accidente que amenace, desastre natural, enfermedad que amenace la vida la vida o ser testigo de un evento traumático), el 60% experimentaron la muerte súbita de un ser querido, y el 62.4% vivió a través de una experiencia traumática no fatal que le ocurrió a un ser querido. El promedio de eventos traumáticos distintos fue de 4.8 (4,15).

Estas investigaciones, puntualizan que la exposición a las experiencias traumáticas es común en la población con un rango que va del 39% a casi el 90%. Además muchas de las personas están expuestas a más de un evento traumático o a una experiencia traumática que ocurra repetidamente (4).

B) Prevalencia del TPEP.

De acuerdo con la literatura internacional, los índices del TPEP han sido frecuentemente estudiados en personas que se han expuesto a diferentes tipos de eventos traumáticos como combates de guerra, abuso o agresión física, violación, desastres naturales, y otros eventos extremos (4). Los índices de prevalencia en la vida del TPEP, varían dentro del 5 a 15% en países del primer mundo. En parte esta variación resulta del grado de exposición a los eventos traumáticos. Los EUN tienden a tener mayores índices de exposición que los países más desarrollados de Europa y Asia. Cuatro a seis por ciento de la población actualmente manifiesta síntomas de TPEP, esto basado solo en el peor evento traumático (1).

La prevalencia del TPEP sobre todo ha sido evaluada en la población general de los EUN, usando muestras nacionalmente representativa (11,13,15) así como también en muestras de áreas geográficas específicas (16,17). De acuerdo a los estudios, los índices de prevalencia en la vida del TPEP variaron entre el 1.0% (16) y el 9.2% (9). Si se incluyeran estudios limitados a muestras representativas de mujeres, los rangos se incrementan a 12.3% (11) y 13.8% (12) respectivamente. Estas diferencias son consistentes con los hallazgos de varios estudios en la población general, en donde las mujeres parecen tener mayor probabilidad que los hombres para desarrollar el TPEP (4).

Se ha observado que la población con TPEP frecuentemente ha estado expuesta a múltiples eventos traumáticos (1). Al respecto solamente existe un estudio; llevado a cabo por Bresslau y cols. utilizando para el diagnóstico los criterios del DSM-IV(8) y el CIDI. Los autores estimaron que la prevalencia en la vida del TPEP fue del 9.2% en el total de la muestra, como lo corroboró en un

artículo publicado posteriormente, y que aumentó a un 23.6% entre aquellos expuestos a un evento traumático siendo este el riesgo condicional. El riesgo más alto de TPEP fue asociado con ataque violento (vgr: guerra, rapto, violación, etc.) siendo del 20.9%. El evento traumático con más frecuencia reportado como el evento precipitante entre las personas con TPEP (31% de los casos), fue la muerte súbita e inesperada de un ser querido, un evento que experimentó el 60% de la muestra, y con un riesgo del 14.3% para TPEP. Controlando el tipo de evento traumático, las mujeres tenían un riesgo más alto para desarrollar el TPEP que los hombres, (13% en las mujeres y 6.2% en los hombres). En esta muestra, la probabilidad de TPEP asociado con el peor evento fue del 13.6%. Los autores concluyeron que el riesgo de TPEP asociado con una muestra representativa de eventos traumáticos es menos de lo que previamente se estimó, además de que los estudios previos han sobreestimado el riesgo condicional del TPEP por que se enfocan en los peores eventos que el paciente ha experimentado. Eventos como la muerte inesperada de un ser querido es una causa mucho más importante de TPEP en la comunidad que los eventos donde se implique un ataque violento. En el seguimiento de 3 años encontraron que entre los sujetos quienes reportaron una nueva exposición a un evento traumático, la prevalencia del TPEP fue del 11% (4,12,15). Korn propone que cuando múltiples traumas se toman en cuenta, la incidencia del TPEP se duplica (1).

Como se ha mencionado anteriormente, datos del *Epidemiologic Catchment Area Survey* (ECA) presentados por Helzer y cols. (16), muestran una prevalencia del TPEP en la vida del 1.0% entre adultos en el área metropolitana de San Luis, Missouri. El estudio no intentó estimar la prevalencia de la exposición al trauma, más bien investigó sobre las reacciones de estrés relacionadas con algún evento traumático. De acuerdo con los anterior, los autores concluyeron que el TPEP es un trastorno raro con una prevalencia de solamente el 1 a 2% (16,17). Sin embargo, las prevalencias mucho más altas del TPEP encontradas en estudios estadounidenses más recientes, incluyeron evaluaciones sistemáticas de la exposición al trauma y evaluaciones de la reactividad al trauma (14).

Norris investigó la frecuencia y el impacto de diferentes eventos traumáticos en una población del sureste de los EUN, encontró una prevalencia del 7.3% para el TPEP actual, entre los individuos quienes habían experimentado eventos traumáticos. En cuanto a los índices de prevalencia del TPEP actual en diferentes eventos traumáticos, el índice más bajo estuvo asociado con la guerra (2%) y el más alto con la agresión sexual (14%). Los datos también demostraron que un diagnóstico de TPEP actual, fue más frecuente después de eventos violentos, muerte ó accidentes que después varios riesgos medioambientales (7%-11% vs 5%-8%, respectivamente) (4,18).

Kessler y cols. presentaron datos del ECN, en el cuál encontraron que el 7.8% de los sujetos tenían una historia familiar de TPEP según el DSM-III-R y una prevalencia actual del TPEP del 2.3%. La violación mostró la probabilidad condicional más alta que lleva a un TPEP en hombres, del mismo modo que en mujeres. Sesenta y cinco por ciento y 46% de las mujeres reportaron a la violación como el evento traumático que más probablemente produce TPEP. Dado el hecho que la violación es más frecuente entre las mujeres, esto podría ser una de las razones para su mayor vulnerabilidad para el TPEP (13).

Tres estudios han sido conducidos en poblaciones femeninas adultas (9,11,12). En una muestra urbana Breslau y cols. encontraron que el 11.3% de las mujeres tenían una historia de TPEP según el DSM-III-R (9). Resnick y cols. encontraron que en una muestra nacional, el 12.3% de las mujeres tenían una historia de TPEP según el DSM-III-R, asociada con victimización criminal, además el 4.6% tuvo el TPEP, en los pasados 6 meses. El riesgo condicional para el TPEP en mujeres expuestas a algún tipo de evento traumático fue del 17.9% en la vida y del 6.7% actualmente. Como se describió anteriormente, los autores hicieron una distinción entre el evento traumático criminal y no criminal; el índice del TPEP fue significativamente más alto entre los sujetos que se expusieron a un evento criminal (25.8%) vs aquellos quienes se expusieron a un evento no criminal (9.4%). De manera interesante, los índices más altos tanto en la vida (38.5%) como actualmente (17.8%) del TPEP, ocurrieron entre mujeres con una historia de abuso físico, y la violación fue la segunda causa más común de este trastorno (32% y 12.4% respectivamente)(11). Breslau y cols. en 1997,

encontraron una prevalencia en la vida del TPEP en la muestra total de 13.8%: 16.8% en las mujeres urbanas y 11% en las mujeres suburbanas ($p=.02$). El TPEP fue ligeramente más probable a presentarse en las mujeres urbanas que en las suburbanas después de la exposición a un evento (37% vs 32%) (12).

La violencia étnica o política prolongada resulta en índices de prevalencia del TPEP extremadamente altos. En una muestra de refugiados Bosnios, el 65% se encontró que estaban sufriendo de TPEP (1). Existen en el mundo más de 100 países en vías de desarrollo controlados por regímenes políticos represivos, esto favorece el desarrollo de conflictos que involucran violencia política, racial o étnica (19). Tomando uno de los muchos ejemplos de la literatura, es la muestra de 791 niños escolares bosnios con edades de los 7 a los 15 años en Sarajevo, al final de un estado de sitio en la ciudad. En 1994 se reportó que durante el año previo, 85% les habían disparado francotiradores, 66% habían perdido a un miembro de su familia, y entre el 10 a 48% habían experimentado varios tipos de deprivación física, tales como escasez de agua y falta de refugio. Considerando estos datos, podría considerarse al TPEP como uno de los trastornos de ansiedad con más prevalencia (20).

Varios factores que probablemente contribuyan a las prevalencias de TPEP mucho más altas encontradas en los estudios más recientes son las diferencias en los criterios diagnósticos, en los procedimientos de evaluación y en las características de la muestra (14). Resnick y cols. sugieren que el anonimato de las entrevistas telefónicas puede haber contribuido a los índices comparativamente altos de traumas reportados en su estudio (11). Consistente con esta posibilidad, una investigación metodológica reciente en los EUN mostró que la manipulación experimental del anonimato de las respuestas afecta de manera importante, la prevalencia estimada de conductas embarazosas tales como el abuso de sustancias o conducta sexual (21). Es posible que la prevalencia del TPEP sea algo más baja en los países desarrollados y considerablemente más alta en los países menos desarrollados (14).

En resumen el TPEP parece ser más común de lo que se pensaba. La prevalencia en la vida para el TPEP en la población general parece ser de alrededor de 8 a 9%, siendo las mujeres la que tienen un riesgo más elevado para desarrollar el TPEP que los hombres. El TPEP también es más frecuente después de ciertos tipos de eventos traumáticos (vgr: violación) sin tener en cuenta el género de los sobrevivientes (14).

C) El riesgo condicional del TPEP entre las víctimas expuestas a algún evento traumático.

El riesgo condicional del TPEP entre las víctimas de algún evento traumático en muestras en los EUN, varía enormemente dependiendo del tipo de trauma al cual ellos fueron expuestos. El patrón general reportado en el ECN y otros estudios realizados en los EUN es que el riesgo de TPEP, es mucho mayor después de la exposición a un evento traumático que involucre agresión violenta. Muy probablemente la prevalencia de eventos traumáticos que involucren agresión violenta es más alta en los EUN que en la mayoría de los países desarrollados (14,15).

Datos comparativos de estudios llevados a cabo en la población general de otros países expuesta a eventos traumáticos, no muestran evidencia sistemática que el riesgo condicional del TPEP difiere del que se encuentra en los EUN. Shalev y cols. encontraron que el 29.9% de una muestra heterogénea de víctimas de un evento traumático en Israel, quienes presentaron heridas menores desarrollaron TPEP(22). Mientras Brewin y cols. encontraron que el 20% de una muestra heterogénea comunitaria Inglesa desarrollaron TPEP (23). Estos datos son bastante similares al 20.9% de las víctimas de agresión violenta quienes desarrollan TPEP en el estudio comunitario conducido por Breslau y cols (15). Otro ejemplo es el que muestran los estudios llevados a cabo entre bomberos profesionales expuestos al estrés de un evento traumático, en donde se reportan riesgos condicionales para TPEP bastante similares, en los EUN, Canadá y Alemania. Añadiendo un ejemplo final, son los datos colectados en la República de Irlanda, en donde se encuentra que el 9% de las personas que buscan tratamiento médico por lesiones menores asociadas con accidentes

automovilísticos subsecuentemente desarrollan TPEP. Esto corresponde bien con el riesgo del 7.5% reportado en el ECN (14,24).

La evidencia disponible sugiere que el riesgo para desarrollar el TPEP es considerablemente más alto entre las personas de los países menos desarrollados, quienes han estado expuestos a una experiencia traumática prolongada asociada con violencia política o étnica (14). No se han llevado a cabo en estos países estudios epidemiológicos representativos, sin embargo estudios llevados a cabo en refugiados muestran claramente que el riesgo condicional del TPEP es substancialmente más alto entre las personas expuestas a estos tipos de eventos traumáticos horribles continuos que entre las víctimas de eventos traumáticos más característicos de los países desarrollados. Por ejemplo, el 65% de los refugiados Bosnios en los EUN sufrieron de TPEP (25-27).

D) Factores de riesgo para la exposición a un evento traumático.

GENERO.- Uno de los hallazgos más consistentes en los diferentes estudios relacionados a factores de riesgo es que los hombres están en un riesgo mayor que las mujeres a exponerse a un evento traumático. Norris reportó que esta diferencia fue significativa para la vida ($p=.05$), mas no lo fue, para las frecuencias de exposición del año pasado (73.6% en hombres vs 64.8% en mujeres y 19.5% en hombres vs 22.4% en mujeres, respectivamente) (18). Breslau y cols. encontraron que los hombres tuvieron 1.46 veces mas probabilidad a estar expuestos a un evento traumático que las mujeres. Estos hallazgos podrían ser más prominentes dependiendo del tipo de evento traumático reportado (9). El estudio de 1996 en Detroit, Mich. mostró que los hombres tenían 2 veces más la posibilidad que las mujeres de estar expuestos a eventos en los que estuviera su integridad en riesgo (vgr: abuso físico). Por otro lado no existía semejante diferencia, cuando los eventos estresantes que se consideraban eran: saber acerca de la muerte inesperada de un ser querido o alguna situación que afectaba a otros. También el número promedio de eventos traumáticos

reportados fue significativamente más alto en hombres que en mujeres (5.3 vs 4.3 respectivamente; $t = 5.6, p < .001$) (15).

Kessler y cols; reportó que el 61% de los hombres y 51% de las mujeres habían al menos experimentado un evento traumático ($p < .001$). También encontraron diferencias entre hombres y mujeres por el tipo de evento traumático experimentado; las mujeres estaban con un riesgo mayor de estar expuestas a un evento traumático sexual (violación, vejación, abuso sexual infantil) y abandono parental en la infancia. Recíprocamente, una proporción mayor de hombres reportaron que fueron testigos de que alguien estaba siendo malamente lesionado o incluso asesinado, que estaban involucrados en un desastre natural o en un accidente que amenazaba sus vidas, ataques físicos, experiencia en guerras, que fueron amenazados por alguien con un arma, que fueron agarrados cautivos o fueron secuestrados (13). Resultados similares fueron presentados por Norris quién encontró que las mujeres estuvieron más expuestas a agresiones sexuales, mientras que los hombres estuvieron más expuestos a asalto físico, aunque la exposición global a un evento traumático fue mayor en los hombres que en las mujeres (73.6% vs 64.8%) (4,18).

RAZA.- Los resultados son inconsistentes con respecto al status étnico. Norris encuentra que la exposición a un evento traumático en la vida fue mayor en los blancos que entre los afroamericanos (76.8% vs 61.2%, respectivamente), especialmente asalto, agresión física, muerte trágica, o un desastre natural. Sin embargo para las frecuencias del año pasado, la diferencia no fue significativa, aunque los afroamericanos tuvieron más probabilidad que los blancos a experimentar accidentes automovilísticos durante ese período (4,18).

En su muestra, Breslau y cols. encontraron que no existían diferencias entre los grupos al inicio. Sin embargo en el seguimiento los afroamericanos tenían una incidencia más alta de exposición a eventos traumáticos que los blancos (9,10).

OTROS FACTORES.- Otros factores asociados con la exposición a experiencias traumáticas incluyen: la edad, el nivel de educación, rasgos de personalidad anormal, problemas psiquiátricos, historia psiquiátrica familiar, y exposición previa a un evento traumático (4).

Norris encontró una tendencia para la exposición a eventos traumáticos que disminuía con la edad, este hallazgo fue más fuerte para la exposición en el año pasado, pero también estuvo presente para ciertas frecuencias en la vida (vgr: abuso físico o sexual) (18). Breslau y cols. reportaron que todas las clases de experiencias traumáticas tuvieron su pico en el grupo de edad de los 16 a los 20 años. Es de resaltar que el asalto con violencia disminuyó abruptamente después de los 20 años y continuó declinando en las décadas subsecuentes. Otros eventos traumáticos, no mostraron este patrón de reducción continua con la edad. La muerte súbita e inexplicada de un ser querido, fue el único evento que permaneció en un nivel alto al alcanzar el intervalo de edad entre los 16 y 20 años, y lo conservó hasta los 40 años (15).

Nuevamente, Breslau y cols. en 1991, encontraron en una muestra de adultos jóvenes, que solamente con el sexo masculino, una historia temprana de problemas conductuales, una historia de algún trastorno psiquiátrico, y neuroticismo/extroversión en el sujeto, incrementaba el riesgo de exposición a los eventos traumáticos (9). En el seguimiento a tres años, se mostró que la exposición previa a eventos traumáticos, así como también el neuroticismo/extroversión, todos sirvieron como factores de riesgo independientes para la exposición subsecuente a otro evento traumático (10). En 1997 el mismo autor, reportó que la exposición a un evento traumático fue más frecuente en mujeres quienes estaban solas y que no habían completado la secundaria (12). Algunas similitudes fueron encontradas en el estudio realizado en Detroit, Mich. en 1996, donde la prevalencia en la vida de asalto violento, fue revelado a ser más alto en personas con un bajo nivel de educación que en graduados de la preparatoria, con ingreso más bajo, residentes del centro de la ciudad, y en aquellos sujetos previamente casados. Sin embargo, los 2 últimos factores de riesgo (lugar de residencia y estado marital) desaparecieron cuando la raza, la educación y el ingreso fueron controlados (15).

En un análisis de los datos del ECN, Bromet y cols. encontraron los siguientes factores de riesgo para la exposición a los eventos traumáticos: estado afectivo preexposición, ansiedad, y trastornos por abuso de sustancias, enfermedad mental parental y abuso de sustancias; agresión parental hacia los sujetos femeninos participantes en el estudio; e historia de trastorno de ansiedad preexposición, historia de abuso de sustancias parental, y divorcio parental en los sujetos masculinos participantes en el estudio (28).

E) Factores de riesgo para el TPEP.

Es sabido que un promedio del 25% de las personas que experimentan uno o más eventos traumáticos, desarrollarán el trastorno. Los determinantes de si se desarrolla el TPEP después de una experiencia traumática son todavía poco claros, pero algunos factores confieren un riesgo más alto que otros. Básicamente estos factores de riesgo pueden ser clasificados de acuerdo con la persona involucrada y el evento traumático experimentado (4,29).

Género.- De acuerdo con los diferentes estudios, se sabe que las mujeres están en un riesgo más alto que los hombres para desarrollar TPEP, a pesar de que se exponen con menos frecuencia a las experiencias traumáticas. Datos del estudio ECA muestran que las mujeres tienen mayor probabilidad de tener TPEP que los hombres (16,17). Norris, también encontró que las mujeres no solamente tienen mayor probabilidad para satisfacer los criterios diagnósticos para el TPEP, sino que además las mujeres generalmente perciben sus vidas con más estrés que los hombres (18). Esta mayor vulnerabilidad en las mujeres, es consistente con lo reportado por Breslau y cols.,(9) y Kessler y cols.,(13) quienes reportaron resultados similares con las mujeres, teniendo 2 veces más probabilidad en general que los hombres a tener un TPEP en la vida (10.4% vs 5%, $p < .05$). Breslau y cols en 1998, también encontró que el género emergió como un factor de riesgo significativo, cuando otros factores demográficos fueron controlados, con un índice en las mujeres de 2 veces mas alto que en los hombres (15)

Raza.- De acuerdo con los estudios realizados por Davidson y cols. (17) y Breslau y cols. (15), no existe una consistencia acerca de cual es el grupo étnico que se encuentra en un riesgo más alto para el desarrollo del TPEP.

Historia Personal Psiquiátrica y Personalidad.- Helzer y cols. describieron al TPEP asociado con una variedad de trastornos psiquiátricos (vgr: Trastorno obsesivo compulsivo, distimia, trastorno bipolar). También encontraron que el TPEP podría ser predicho por una historia de problemas conductuales antes de los 15 años de edad y que el índice del TPEP se incrementó con el número de problemas conductuales (16). Davidson y cols., (17) mostraron que el abuso físico o sexual en la infancia aumentaba la posibilidad de desarrollar TPEP. Así mismo los sujetos en estudio quienes mostraban el TPEP, tenían una mayor prevalencia de otros diagnósticos psiquiátricos, como por ejemplo el trastorno por somatización, la esquizofrenia o el trastorno esquizofreniforme, el trastorno de pánico, y la fobia social. Sin embargo, la edad de inicio del TPEP no fue determinada, haciendo imposible establecer cual trastorno apareció primero (17). Breslau y cols. encontraron que el neuroticismo y la ansiedad y depresión preexistente, incrementaron el riesgo relativo de presentar TPEP después de la exposición a un evento traumático (9). Similarmente, Bromet y cols. reportaron que una historia de trastornos afectivo y/o ansioso previos fue un predictor significativo del TPEP en ambos géneros (28).

Nishit y cols. como parte de un estudio en el que se evaluó los factores que están asociados con la recuperación de una violación reciente, entrevistaron a 117 pacientes dentro del primer mes después de sucedido el evento traumático. Los resultados muestran que una historia de abuso sexual infantil parece incrementar la vulnerabilidad para la victimización sexual o física en el adulto y además parece contribuir a los síntomas del TPEP actual dentro del contexto acumulativo de otros eventos traumáticos del adulto (30).

Historia familiar psiquiátrica.- Davidson y cols. reportaron que los pacientes con TPEP tenían 2.8 veces más probabilidad de tener una historia de enfermedad psiquiátrica en sus parientes (17). Breslau y cols. reportaron que una historia familiar de ansiedad y conducta antisocial

incrementaron el riesgo para TPEP (odds ratio [OR] = 2.9 y 2.05, respectivamente) (9). De los datos del ECN, Bromet y cols. reportaron hallazgos similares, encontraron que el trastorno mental en el padre fue un factor de riesgo para el TPEP en hombres, semejante que en las mujeres (OR = 1.9) (28).

Tipo de trauma.- En el ECA, Heltzer y cols. encontraron que los veteranos de guerra tenían un riesgo más alto para desarrollar TPEP, especialmente entre aquellos veteranos quienes fueron heridos (16). Davidson y cols. notaron que los eventos traumáticos con más frecuencia, reportados por quienes tenían TPEP fueron: 1) Amenaza o una llamada íntima 2) presenciar que alguien sea herido o muerto 3) ataque físico 4) accidente y 5) combate (17). Breslau y cols. encontraron en su muestra resultados similares, excepto por el evento de violación, el cuál tenía el índice más alto de TPEP (80%) y fue observado solamente en mujeres (9).

Norris reportó que las víctimas de un abuso sexual tenían el índice más alto de TPEP, y el choque automovilístico presentaba la combinación más adversa de frecuencia e impacto (18). En lo que respecta al sexo femenino, Resnick y cols., (11) y Breslau y cols. (12), encontraron resultados consistentes con el asalto y la violación como los eventos traumáticos más frecuentes que llevaban a un TPEP. Resnick y cols. reportaron que el índice más alto de TPEP tanto en la vida (38,5%) como actual (18%) ocurrió entre mujeres con una historia de abuso físico seguido por aquellos con una historia de abuso sexual (32% y 12.4%, respectivamente). Breslau y cols. encontraron que el asalto contó para el 12.4% y la violación para el 7.4% de las experiencias traumáticas que llevaron a un TPEP (11,12).. Kessler y cols. observaron que la violación era el evento traumático que más probablemente se encontraba asociado con el TPEP tanto en hombres como en mujeres. Otros eventos traumáticos asociados con una alta probabilidad de TPEP incluyeron: eventos de guerra, abandono infantil y abuso físico infantil para los hombres; y para las mujeres la humillación sexual, ataque físico, ser amenazada con un arma de fuego y el abuso físico infantil (13).

Breslau y cols. en un estudio posterior vuelven a reportar que el asalto violento es la experiencia traumática con el riesgo más alto para el TPEP (21%). Sin embargo, el evento

traumático más frecuentemente reportado como el evento precipitante entre las personas con TPEP, fue la muerte súbita e inesperada de un ser querido (31% de todos los casos de TPEP), un evento experimentado por el 60% de la muestra y con un riesgo para el TPEP del 14.3% (15).

F) El TPEP sobre el curso de la vida

El curso es con frecuencia crónico, solamente el 50% de los pacientes se recuperan dentro de los 2 primeros años después del incidente. Muchos de aquellos quienes no se recuperan, aún tendrán síntomas 15 años después (1).

Los estudios de la población general en los EUN que involucran al TPEP, se dirigen sobre la prevalencia en la vida del TPEP mas que sobre un punto de la prevalencia, esta es una característica metodológica que no es compartida con las evaluaciones de otros trastornos mentales; es decir los entrevistadores en los estudios en la población general comienzan con preguntas acerca de la exposición en la vida a los eventos traumáticos. La mayoría de los que responden a las entrevistas en los EUN, reportan la exposición en la vida a mas de un evento traumático. Debido a que la evaluación de TPEP para cada uno de los eventos traumáticos que le suceden a los individuos no es factible, el entrevistador pide que se escoja el peor o el más desagradable de los eventos traumáticos en la vida para la evaluación del TPEP. De esta manera se muestra justamente el límite más bajo de la prevalencia en la vida del TPEP. Esta aproximación hace sentido para la estimación de la prevalencia en la vida, pero crea problemas para la evaluación de la carga social del TPEP. No muestra alguna forma para conocer cuantas personas en la población sufren de TPEP en algún punto del tiempo o para determinar la duración típica en la vida del TPEP (14).

A este respecto el ECN encontró que la duración media del TPEP asociado con el peor trauma en la vida, entre las víctimas que no recibieron tratamiento se encuentra entre 3 y 5 años. Sin embargo esta estimación ignora la posibilidad real de que las personas pueden experimentar TPEP en más de una ocasión en sus vidas (14,13). Kessler propone un método de evaluación que resolvería dicha incertidumbre; mediante el cual se evaluaría en dos ocasiones al sujeto: La primera

evaluación vincularía al evento más desagradable reportado por el que responde, para clasificar al sujeto en términos de la prevalencia en la vida. La segunda evaluación, entonces estaría vinculada a un evento seleccionado al azar de todos aquellos que reportó el sujeto, para generar más información representativa al nivel agregado (14). El estudio epidemiológico comunitario de Breslau y cols. es el único que a la fecha ha implementado esta estrategia, reportando que la probabilidad de desarrollar TPEP derivado del evento traumático más desagradable fue del 13.6%, mientras que la probabilidad para un evento traumático seleccionado aleatoriamente fue del 9.2%. El promedio de duración de cada episodio fue reportado a ser mayor de 7 años, sugiriendo que en una persona con TPEP la duración de los síntomas activos es de más de 2 décadas. Los resultados de este estudio son sorprendentes en 2 aspectos. El primero, es que se recalca un punto olvidado que es el que una proporción substancial de las personas con historia de TPEP experimentan múltiples episodios del trastorno asociado con diferentes traumas. El segundo, se muestra que el promedio de duración del TPEP es mucho más largo que el previamente estimado en los estudios que se dirigieron sobre reacciones a eventos traumáticos únicos (15).

La situación en los países menos desarrollados es diferente, debido a que los eventos traumáticos probablemente están más asociados con guerras prolongadas, hambre, represión política, y violencia sectaria. Evidencia consistente ha mostrado que las víctimas de eventos traumáticos interpersonales crónicos, originarios de los países menos desarrollados quienes han emigrado a los países de occidente, tienen mucho mayor probabilidad a desarrollar cronicidad en el TPEP que las víctimas de traumas agudos característicos en los países desarrollados. Estos pacientes no solamente sufren de los efectos de la violencia interpersonal crónica y tienen más probabilidad de tener un TPEP crónico, además el perfil de los síntomas es probablemente más complejo y con frecuencia involucra formas severas de disociación que no se encuentran en las formas típicas del TPEP. Es tan distinto este perfil, que en efecto algunos investigadores han discutido para la creación de un diagnóstico separado para caracterizar esta respuesta. Los que abogan por este nuevo diagnóstico, se refieren a él como "*TPEP complejo*", o "*trastornos de estrés*

extremo no especificados” (TEENE). Este subtipo es más crónico e incapacitante que otros casos de TPEP, y es particularmente común entre pacientes quienes estuvieron expuestos en una edad temprana a violencia interpersonal traumática crónica. Pareciera entonces que el TPEP sobre el curso de la vida es más crónico y el perfil de los síntomas es más complejo e incapacitante en los países menos desarrollados que en los países desarrollados (14,31-34).

G) Los efectos del TPEP sobre el funcionamiento en general del individuo.

El TPEP tiene grandes costos sociales, en general los individuos con este trastorno tienen ingresos más bajos, altos índices de falla escolar, y más problemas interpersonales comparados con la población general (1,15,35). EL único estudio que ha establecido el costo social adverso del TPEP a través de un análisis costo-efectividad y un análisis costo-beneficio fue realizado por Kessler y cols, en él reportaron que la cantidad de trabajo deteriorado asociado con el TPEP es muy similar al que se asocia con la depresión mayor, pero es menor que el deterioro que se asocia con el trastorno de pánico. De todos los trastornos psiquiátricos, el TPEP puede estar asociado con una de las cargas sociales más altas (1,35).

En cuanto a los efectos del TPEP sobre las oportunidades en el curso en la vida, existe una serie de reportes del ECN, en los cuáles se asocia la edad de inicio del trastorno mental y su valor predictivo sobre su impacto en los logros en el ámbito educacional, natalidad, casamiento y económico. Uno de ellos, reporta que los sujetos con TPEP del ECN tenían 40% de riesgo elevado de fallas en la secundaria y universidad, 30% de riesgo elevado de tener hijos en la adolescencia, 60% de riesgo elevado de inestabilidad marital y 150% de riesgo elevado para desempleo actual, comparado con las personas sin TPEP (14,36-38). Kessler y cols. de acuerdo a los análisis del ECN, encontraron que los efectos más adversos estaban asociados con complejos eventos traumáticos continuos que ocurren en la niñez, tal como la violencia parental en conjunción con el alcoholismo del padre y la depresión de la madre. Según el autor estas experiencias afectan tanto los patrones

básicos de relaciones interpersonales de toda la vida y el éxito para el dominio de las habilidades educacionales básicas necesarias para el aprendizaje posterior y la ejecución del rol (14).

Investigaciones en la población general en los EUN estiman que el 38% de las personas con TPEP están en tratamiento en un año dado. La mayoría de estos pacientes (28% de los casos y 75% de aquellos que se encuentran en tratamiento) son vistos en el sector médico, mientras los otros están en el sector de servicios humanos (por ejemplo, los que son vistos por consejeros espirituales o trabajadores sociales) o en el sector de autoayuda. Aproximadamente 22% de aquellos con TPEP (58% de aquellos en tratamiento) están en tratamiento con un psiquiatra, psicólogo clínico, o algún otro profesional de la salud mental. Estos índices de tratamiento son comparables con aquellos encontrados entre personas que portan una depresión mayor (36% en algún tratamiento), pero son más altos que el que se encuentra entre pacientes con otros trastornos de ansiedad (23%) o con algún abuso de sustancias (23%). La razón que más comúnmente fue reportada para no estar bajo tratamiento entre el 62% de casos con TPEP, es que no pensaban que tuvieran un problema (39). Además existen otros factores que contribuyen a que el número de individuos con TPEP quienes reciben actualmente tratamiento efectivo sea bajo, como un proceso de referencia insuficiente o la falta de médicos apropiados entrenados en el tratamiento de este trastorno. Aquellos quienes han sido expuestos a repetidos traumas en la infancia son los más difíciles de identificar y tratar. Después de muchos años, la reacción traumática con frecuencia se adapta y se convierte en parte del estilo de afrontamiento del individuo. Las Personas en riesgo para TPEP con frecuencia asisten tempranamente al sistema médico, mas no al área psiquiátrica. Por último, existe menos estigmatización comparado con otros trastornos psiquiátricos, debido a que los síntomas son considerados una consecuencia natural de un evento traumático severo (1).

LA COMORBILIDAD Y CONSECUENCIAS DEL TPEP.

Estudios en poblaciones clínicas (40-42) y en la población general (43,44), documentan altos índices de comorbilidad psiquiátrica entre las personas con TPEP.

Parece ser que la presencia de otros trastornos psiquiátricos en individuos con TPEP es la regla más que la excepción. Existen al menos dos posibles explicaciones; la primera explicación es que una historia psiquiátrica personal podría estar asociado con un riesgo incrementado para TPEP, ya sea por que aumenta la posibilidad de exposición a un evento traumático o por que es un factor de riesgo para desarrollar TPEP después de la exposición a un evento traumático en individuos con trastornos mentales. La otra posible explicación es que el TPEP podría estar asociado con un riesgo incrementado de trastornos subsecuentes, es decir que dicho trastorno sensibiliza a los individuos tanto psicológicamente como neurobiológicamente y secundariamente les otorga el riesgo para trastornos comórbidos. Alternativamente, el TPEP puede ser un marcador para los individuos en riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos múltiples. Kessler y cols. encontraron que de acuerdo a una historia de TPEP (activo vs remitido), solamente la población con el TPEP activo tuvo un riesgo elevado de trastornos secundarios; esto significaría que el mecanismo causal que da lugar a la asociación entre el TPEP y el inicio subsecuente de otros trastornos, no es debido a alguna vulnerabilidad de base para el TPEP, sino más bien a factores asociados con el TPEP (13,14,45,46). Otras hipótesis más selectivas se han propuesto, como es el caso de la hipótesis de la **AUTOMEDICACIÓN**, que con frecuencia ha sido usada para explicar la conexión entre el TPEP y el trastorno por uso de sustancias. Este constructo propone que algunos individuos con TPEP recurren a las drogas y al alcohol como una forma de aliviar los síntomas dolorosos del TPEP, tales como los trastornos del sueño, pensamientos intrusivos, o la hipervigilancia. El alivio a corto plazo dado por las sustancias de abuso es con frecuencia seguido por un estado de abstinencia, en el cual los síntomas del TPEP son exagerados recurriendo nuevamente al consumo de la sustancia para mitigar tal malestar (47).

Por otra parte ha sido sugerido que los altos índices de comorbilidad en el TPEP son simplemente un **EPIFENÓMENO** de los criterios diagnósticos usados para todos estos trastornos

(45). Van der Kolk y cols. han sugerido que el TPEP y las condiciones comórbidas no deberían ser vistos, como trastornos separados, sino como “ *Un complejo de efectos somáticos, cognitivos, afectivos y conductuales de un evento traumático psicológico*” (33).

Significativamente, una vez que los síntomas del TPEP remiten, la tendencia a manifestar otros trastornos disminuye (1,13).

a) Prevalencia.

El TPEP es frecuentemente asociado con otros trastornos psiquiátricos comórbidos, como el Trastorno depresivo mayor (TDM), Trastorno de angustia (TA), Fobia Social (FS), y Trastorno por uso de sustancias (TUS) (1,7,13).

Importantes datos sobre la epidemiología del TPEP y su comorbilidad con otras entidades psiquiátricas vienen del Estudio Nacional de Comorbilidad (ECN). Los resultados en este estudio reportaron que el 59% de los hombres con TPEP y 44% de las mujeres con TPEP reunían criterios para otros 3 o más diagnósticos psiquiátricos. Los diagnósticos comórbidos más comunes son los trastornos afectivos (particularmente TDM), otros trastornos de ansiedad, y trastornos por uso de sustancias (TUS) (13). En un estudio amplio en veteranos de la guerra de Vietnam, Kulka y cols. encontraron que el 98.9% de aquellos diagnosticados con TPEP reunieron criterios para al menos otro diagnóstico psiquiátrico. Los trastornos comórbidos más prevalentes fueron el TUS (73%), trastorno de la personalidad antisocial (TAP) (31%) y el TDM (28%) (45). Cashman y cols., estudiaron a 277 víctimas femeninas de asalto y encontraron que el 60% tenían un TDM comórbido, 25% tenían un TUS comórbido, y existían altos índices de trastornos de la personalidad limítrofe, evitativo y paranoide (47).

b) La comorbilidad y el curso del TPEP.

Una tercera parte de los individuos con TPEP tienen síntomas que han persistido 6 ó más años, sin tener en cuenta el estado terapéutico. Parece que la comorbilidad esta relacionada con la cronicidad de la enfermedad. La comorbilidad en general puede hacer que los individuos sean más resistentes tanto a las intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas (45,47). Breslau y cols. en un estudio de adultos jóvenes de un medio urbano, encontró que los individuos con TPEP crónico, tuvieron más probabilidad a tener uno o más diagnósticos de trastornos afectivo o ansiosos adicionales, cuando se compararon con sujetos sin el trastorno (9). En otros estudios (48), tanto el TDM como el TUS se han asociado con episodios prolongados de TPEP (48). Zlotnick y cols, reportaron que en una muestra de 54 individuos con TPEP, el tener al menos otro trastorno de ansiedad, una historia de abuso de alcohol y un evento traumático en la infancia, estuvieron asociados con un período mucho mayor hasta la remisión de los síntomas (49). El uso de sustancias puede interferir con los procesos psicológicos normales responsables de la capacidad del individuo para llegar a una resolución saludable del trauma. Es posible que similitudes en los mecanismos neuronales involucrados en la abstinencia a las sustancias y aquellos involucrados en la fisiopatología del TPEP puedan llevar a la exacerbación del TPEP, con el uso repetido de las sustancias y seguido de la abstinencia con la contribución a la cronicidad de la enfermedad (45).

c) TPEP y Trastornos afectivos.

A través de varios estudios, se ha observado que el TDM y la distimia son los trastornos psiquiátricos comórbidos más frecuentemente relacionados con el TPEP (45). En el ECN, el 48% de los hombres y el 49% de las mujeres con TPEP tuvieron TDM en la vida, siendo el trastorno comórbido más común en el estudio. La relación entre el TPEP y el TDM es particularmente compleja debido a existen síntomas traslapados, que hacen el diagnóstico diferencial complicado. Existe también evidencia acumulada que indica que el TPEP y el TDM pueden ser secuelas independientes y comunes de la exposición a un evento traumático (13).

Blanchard y cols. exploraron la idea de porque se traslapan los síntomas, y sugirieron que el umbral diagnóstico para el TDM, debería ser incrementado en los individuos con TPEP (5-6 vs 7-9 síntomas). Dicho incremento no tenía efectos importantes sobre algunos indicadores de los trastornos, otra vez apoyando la idea de que estos trastornos comúnmente coexisten y pueden fiablemente ser distinguidos a pesar del traslape de síntomas (50).

Otras explicaciones para la coexistencia común de estos trastornos incluyen la idea de la causalidad secuencial, en la el TDM es considerado ser secundario a un TPEP prolongado. En el ECN, el 78.4% de los individuos con TDM comórbido y TPEP reportaron que el inicio del trastorno afectivo siguió al del TPEP. Por otro lado, una historia de TDM es predictor para el desarrollo del TPEP que sigue a la exposición de un evento traumático (13).

Shalev y cols. siguieron a un grupo de víctimas de un evento traumático reclutados en una sala de urgencias. A los 4 meses, 17.5% reunieron criterios para un TPEP, 14.2% reunieron criterios para un TDM, y 43.2% reunieron criterios para TDM comórbido y TPEP. Los individuos con la comorbilidad tenían mayor severidad de los síntomas y un nivel más bajo de funcionamiento. El TDM previo predijo un TDM posterior al trauma. Los sobrevivientes con TPEP tenían mayores índices cardíacos en la sala de emergencia, más intrusiones, sobresaltos exagerados, y más disociación peritraumática. En suma parece que el TPEP y los trastornos afectivos están estrechamente relacionados, pero la naturaleza de esta relación es compleja y variable y debe ser examinada sobre una base de caso por caso (22).

El vínculo entre el TDM y el TPEP no es algo nuevo. Kessler y cols. han sugerido que el TDM es “*secundario*” al inicio del TPEP (13). Otros estudios como los realizados por Bleich y cols en 1997 (51), y Shalev y cols en 1998 (22) sin embargo, fallaron para encontrar tal secuencia en el tiempo, mostrando un inicio simultáneo de ambos trastornos, mostrando que el TDM temprano es un importante mediador de la cronicidad del TPEP.

Varios mecanismos pueden estar debajo de tal papel mediador. La teoría de la cognición depresiva puede ser evocada, al sugerir que la forma en la que una persona interpreta su mundo

juega una parte esencial en la recuperación de eventos traumáticos (Ehlers,1999). De acuerdo con esto, el TDM temprano y sus apreciaciones negativas sobre los eventos traumáticos y los síntomas resultantes pueden reducir la habilidad del paciente para recuperarse (52).

Es importante mencionar el papel de los procesos neurobiológicos en la cronicidad del TPEP. Shalev y cols. documentaron la presencia de una mayor respuesta del índice cardiaco en pacientes víctimas de un evento traumático al momento de ingresar a una sala de emergencias y que posteriormente desarrollaron el TPEP. Esta capacidad de respuesta elevada, también conocida como *“elevada respuesta incondicionada”* (ERI) podría ser responsable del paso inicial en el desarrollo de los trastornos por estrés, por activación de un proceso de condicionamiento aprehendido. Otros procesos biológicos, pueden mediar la persistencia de la respuesta inicial y su transducción en un trastorno crónico (53). Las diferencias entre los predictores psicométricos del TPEP temprano y tardío, prospectivamente reportados (Blanchard y cols, 1996), deberían llamar nuestra atención a un potencial involucramiento de varios factores convergentes en la patogénesis del TPEP crónico (54).

d) Trastorno Bipolar (TBP).

El riesgo relativo para la comorbilidad TPEP y TBP en la población general es alto (10.4 para los hombres y 4.5 para las mujeres). La manía en la infancia se ha encontrado que es un factor de riesgo para la exposición a un evento traumático y en subsecuencia al TPEP El riesgo particular para la exposición a un evento traumático durante los episodios maníacos de pacientes adultos, nunca ha sido sistemáticamente estudiado (55).

e) Suicidio.

El TPEP con o sin TDM, parece ser un factor de riesgo importante para suicidio. En un estudio de cerca de 3000 adultos jóvenes, Wonderlich y cols., encontraron que el 91% de todos los

que intentaron suicidarse tenían al menos un diagnóstico psiquiátrico, y el riesgo más alto para intento de suicidio fue entre aquellos individuos con TPEP (56). En otro estudio de refugiados expuestos a un evento traumático severo, la conducta suicida fue más frecuente en individuos con el diagnóstico primario de TPEP comparado con otros diagnósticos. Es de hacer notar que los pacientes con TPEP y TDM comórbido reportaron más ideación suicida que aquellos individuos con TPEP sin TDM (57).

La asociación del TPEP con la conducta suicida es superior a la de cualquier otro trastorno de ansiedad. En el ECN se reportó que las personas con TPEP tienen 6 veces mayor probabilidad en comparación con los sujetos controles para un intento de suicidio. Según los resultados de este mismo estudio, el TPEP es más fuerte en la predicción del inicio de la ideación suicida y es más débil, aunque estadísticamente significativo, en la predicción tanto del desarrollo de un plan suicida y la ocurrencia de un intento impulsivo (7,13,58). Esto es especialmente cierto si el evento traumático ocurrió tempranamente en la vida (1). Así mismo los datos sugieren que el riesgo de presentar trastornos comórbidos está relacionado significativamente a la complejidad de la reacción del TPEP, la cual a su vez, está asociada con la severidad del trauma. Por último se sugiere que las víctimas de un evento traumático en los países menos desarrollados están con mayor probabilidad que aquellas en los países desarrollados a experimentar trastornos de ansiedad o del estado de ánimo secundarios ó asociados al TPEP (14,59).

f) TPEP y Trastornos de ansiedad comórbidos.

La confusión diagnóstica y el traslape de síntomas, entre el TPEP y otros trastornos de ansiedad es de mencionarse. En el ECN, el riesgo relativo para un trastorno de ansiedad coexistente en individuos con TPEP, osciló de 2.4 a 7.1. La Fobia simple (FSI) y la FS fueron los trastornos de ansiedad coexistentes más comunes (el estudio no capturó el trastorno obsesivo compulsivo). En

este estudio los hombres con TPEP parecieron tener un riesgo relativo mayor para otros trastornos de ansiedad coexistentes comparados con las mujeres (13). Breslau y cols. encontraron un 55% de prevalencia de otros trastornos de ansiedad en una muestra de 801 mujeres con TPEP. Otra vez la FSI y FS fueron los trastornos de ansiedad coexistentes más comunes en esta muestra (12). Orsillo y cols. encontraron un 46% de prevalencia de otros trastornos de ansiedad en una muestra de 311 hombres veteranos de combate. El TA fue el trastorno de ansiedad coexistente más común (60).

Falsetti y Resnick reportaron que el 69% de los pacientes que buscan tratamiento con historias de eventos traumáticos reportaron que experimentaron crisis de angustia (CA). Además no encontraron que las CA estuvieran relacionadas a algún tipo de experiencia traumática. Los síntomas de pánico más frecuentemente reportados en este estudio fueron taquicardia, o palpitaciones y miedo de volver locos o pérdida de control (61). Deering y cols. reportaron que el TA pareció ser más común en individuos con TPEP quienes habían experimentado un evento traumático que incluyó activación autonómica extrema, hipervigilancia y ser impredecible. Sugieren que el TA y el TPEP no son comórbidos, sino trastornos entrelazados (45). En una muestra de 140 veteranos de guerra con TPEP, el TA fue el trastorno psiquiátrico comórbido más fuertemente asociado (riesgo relativo = 13.7 y 15.6 respectivamente). Pero en la mayor parte de la muestra, el TA fue secundario al inicio del TPEP (44). Michelson y cols. mostraron la importancia de diferenciar el TA con agorafobia del TPEP para las propuestas de tratamiento. En su estudio, los pacientes con TA tratados con terapia cognitivo conductual, terapia de exposición, terapia de relajación o una combinación de técnicas; así como con una historia de eventos traumáticos y niveles altos de disociación tuvieron altos niveles de psicopatología y resultados terapéuticos más pobres. Específicamente niveles altos de experiencias traumáticas y niveles altos de disociación fueron asociados con mayor agorafobia en el seguimiento a un año. Esto sugiere que los individuos con TA comórbido y agorafobia complicada por el TPEP pueden necesitar psicoterapias específicamente diseñadas. Es también posible que la disociación algunas veces asociada con el TPEP impide a los pacientes retener información de las sesiones de terapia (45).

Recientemente se le ha puesto atención a la asociación entre FS y TPEP. Orsillo y cols., encontraron que el 72% de los veteranos de la guerra de Vietnam quienes reunían criterios para TPEP también reunían criterios para fobia social. Significativamente más veteranos con TPEP reunieron criterios para fobia social comparados con un grupo de veteranos sin TPEP. Fue postulado que el miedo a la censura y la falta de un medio ambiente de soporte posterior al evento traumático contribuyó a la ansiedad social (60). Crowson y cols., encontraron correlaciones significativas entre las calificaciones de las subescalas de fobia social y agorafobia del Inventario de ansiedad y fobia social y la severidad del TPEP. Este efecto parece ser mediado a través de un ánimo deprimido o afecto negativo. Esta comorbilidad tiene importantes implicaciones de tratamiento (62).

La mayoría de la evidencia apoya la idea que los trastornos de ansiedad preexistentes incrementa la vulnerabilidad para desarrollar el TPEP y tiene un impacto adverso sobre la severidad, cronicidad y el curso del TPEP, así como también en el resultado del tratamiento (45). En el ECN al contrario de lo que sucedió con los trastornos afectivos; el TPEP tuvo más probabilidad a ocurrir después del inicio de otros trastornos de ansiedad, sugiriendo que los síntomas de activación y evitación, los cuales son comunes tanto para el TPEP y otros trastornos de ansiedad pueden desarrollarse de manera subsecuente a la experiencia traumática, como es el caso del mecanismo de afrontamiento (13). Usando los datos del ECN, Bromet y cols. determinaron que el riesgo relativo para desarrollar el TPEP en los individuos con un trastorno de ansiedad preexistente fue alto (2.4 para hombres y 1.3 para mujeres) (28).

g) TPEP y Trastornos por uso de sustancias (TUS).

Un número de estudios ha documentado la coexistencia común del TPEP, la victimización y los TUS. En el *National Vietnam Readjustment Study*, los veteranos masculinos con TPEP tuvieron 2 veces más probabilidad y las mujeres veteranas con TPEP tuvieron 5 veces más

probabilidad que aquellos sin TPEP para tener un TUS (45). Cottler y cols. encontraron que los usuarios de cocaína/opioides tuvieron el riesgo más alto para el TPEP comórbido y que el índice general del TPEP en estos individuos fue 10 veces más alto que los sujetos en comparación (63). En general, varios estudios estiman que el 30% a 60% de los individuos en tratamiento por TUS tienen TPEP en la vida (45,64).

Se han postulado tres principales hipótesis causales. La hipótesis de la automedicación ya ha sido discutida anteriormente. Otra explicación hipotética de la relación entre estos trastornos es que debido a que los usuarios de sustancias tienen estilos de vida de alto riesgo, que los llevan a un riesgo elevado para exponerse a un evento traumático, también tienen más probabilidad para desarrollar el TPEP. Otra potencial explicación es que los individuos con TUS tienen más probabilidad para desarrollar TPEP después de la exposición a un evento traumático. Esta susceptibilidad incrementada podría originarse de una pobre estrategia de afrontamiento y/o cambios en la neuroquímica cerebral que podría incrementar la susceptibilidad y empeorar el curso del TPEP (45).

Chilcota y Breslau, examinaron el desarrollo del TPEP y los TUS en un estudio prospectivo de adultos jóvenes en Michigan. Encontraron que el TPEP señaló un riesgo incrementado para el desarrollo de un TUS (índice de riesgo = 4.5) pero no había evidencia que el uso de sustancias preexistentes incrementaba el riesgo de que se desarrollara el TPEP después de la exposición a un evento traumático (65).

McFarlane examinó datos de varios estudios epidemiológicos; concluyó que los datos apoyaban la naturaleza causal de la relación entre estos trastornos. En conclusión, la relación entre el TPEP y los TUS es complejo, pero es probable que en muchos casos, el TUS pueda desarrollarse como un intento de automedicarse para aliviar los síntomas molestos del TPEP (45).

Es evidente que el TUS tiene un impacto negativo en el curso y el resultado terapéutico para los individuos con TPEP. Brown y cols. compararon a mujeres dependientes de sustancias con y sin TPEP con respecto a los resultados de su tratamiento y encontraron que los individuos con

comorbilidad recaían más rápidamente y que el TPEP fue un predictor significativo de recaída. Finalmente Brown y Stout compararon un grupo de individuos con dependencia a alcohol y TPEP activo con un grupo dependiente de alcohol quienes tenían un TPEP en remisión. Ellos encontraron que el grupo sintomático tenía significativamente más copas por día de ingesta de alcohol y un porcentaje más alto de días de tomar alcohol de manera intensa durante un período de seguimiento de 6 meses (45).

h) Trastornos psicóticos comórbidos (TP).

La comorbilidad del TPEP y los TP es un área poco explorada, pero probablemente ocurre de manera más común de lo que se cree. Durante la hospitalización aguda para los individuos psicóticos, las intervenciones terapéuticas dirigidas a la estabilización de la psicosis y el mejoramiento de la desorganización cognitiva, con frecuencia deja síntomas del TPEP no reconocidos y sin tratar (45). En un estudio de 275 pacientes con enfermedad mental crónica severa, Mueser y cols. encontraron que el 43% reunieron criterios actuales de TPEP, aunque solamente el 2% de estos casos fueron diagnosticados en la historia clínica. Casi todos (98%) los pacientes en esta muestra reportaron la exposición a al menos un tipo de evento traumático. El número de experiencias traumáticas y el abuso sexual en la infancia se relacionaron fuertemente con el TPEP tanto en hombres como en mujeres. Estos pacientes crónicos fueron una población particularmente vulnerable a sufrir eventos traumáticos y subsecuentemente a desarrollar, debido a su pobre estado cognitivo, condiciones de vida inestables (vgr: hospitales, cárceles y albergues) y pobres habilidades interpersonales (66).

Shaw y cols. encontraron una prevalencia del 52% en el TPEP secundario a un episodio psicótico en una muestra de pacientes internados quienes estaban recobrándose de trastornos psicóticos crónicos. Los síntomas psicóticos más molestos que fueron percibidos como traumáticos y que distinguió aquellos con TPEP fueron los delirios de persecución, inserción del pensamiento,

ser controlados, ausencia de pensamiento y alucinaciones visuales. El impacto de la severidad del evento, la evitación, y síntomas psicóticos intrusivos, fueron significativamente más prevalentes en el grupo de TPEP vs el grupo sin TPEP (67).

En cuanto a los síntomas psicóticos en individuos con TPEP, David y cols. encontraron que el 40% de los veteranos de guerra hospitalizados, reportaron síntomas psicóticos. Estos síntomas psicóticos incluyeron alucinaciones auditivas, visuales, y delirios. Las alucinaciones no fueron bizarras y consistieron en temas relacionados con el evento traumático. Estos veteranos no tenían trastornos formales del pensamiento. Ochenta y un por ciento de los veteranos con TPEP crónico reunieron criterios para TDM actual, sugiriendo que los síntomas psicóticos estaban asociados con la depresión mayor. No había diferencias en las mediciones de disociación o uso de alcohol y drogas entre los grupos de TPEP con síntomas psicóticos y no psicóticos (68).

Hamner y cols. encontraron una relación fuerte positiva entre la severidad de los síntomas del TPEP y la presencia de síntomas psicóticos en un grupo de pacientes con TPEP. La depresión mayor comórbida fue también asociada con un TPEP más severo, y los síntomas de evitación fueron más predominantes en aquellos individuos quienes tenían síntomas psicóticos comparados con aquellos sin síntomas psicóticos. Los autores sugieren que el TPEP con características psicóticas podría ser un subtipo del TPEP, una distinción que podría tener implicaciones terapéuticas (69). Para llevar más allá la validación de esta hipótesis, Hamner y Gold encontraron una elevación significativa de la dopamina Beta-hidroxilasa (DBH), en pacientes con TPEP psicótico y no psicótico y controles normales, sugiriendo un marcador biológico para el TPEP con psicosis. La DBH alterada puede servir como un marcador para detectar la vulnerabilidad para desarrollar características psicóticas en el contexto del evento traumático. Estos investigadores sugieren que la psicosis en el TPEP puede estar asociada con la activación noradrenérgica mas que con la dopaminérgica (70).

Por último Zimmerman y cols examinan la posible asociación entre el subtipo psicótico del TDM y el TPEP. Quinientos pacientes psiquiátricos externos fueron entrevistados con el SCID-

DSM-IV. Casi la mitad de los 500 pacientes (n=235, 47.0%) tenían TDM, 45 de los cuales (19.1%) tenían TPEP. Diecinueve pacientes tenían depresión psicótica. Comparados con los pacientes con depresión no psicótica, aquellos con depresión psicótica tenían 4 veces más probabilidad de tener TPEP (57.9% vs 15.7%, Prueba exacta de Fisher, $p = .0001$). Los resultados sugieren que la presencia de psicosis en un paciente psiquiátrico externo con TDM está asociado con un TPEP actual. Zimmerman hipotetizó que el curso longitudinal más pobre de la depresión psicótica en comparación con la depresión no psicótica puede ser por el subreconocimiento del TPEP en pacientes deprimidos psicóticos (71).

i) Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Hasta hace poco la relación entre el TPEP y los TCA, se ha convertido en un foco de atención. En una revisión crítica de los estudios disponibles sobre el papel del abuso sexual infantil en la etiología de los trastornos de la alimentación, Wunderlich concluyó que el abuso sexual en la infancia fue un factor de riesgo no específico para el desarrollo de bulimia nervosa, más no para anorexia nervosa. Además, el abuso sexual en la infancia predijo significativamente mayor comorbilidad de otros trastornos psiquiátricos con bulimia nervosa, incluyendo TDM, trastornos de ansiedad, TUS, y trastornos de personalidad (45).

En el único estudio que examina a los TCA y el TPEP en una muestra representativa no clínica de adultas norteamericanas, Dansky y cols. (45) reportaron índices de prevalencia en la vida y actual para el TPEP más altos (37% y 21% respectivamente) en pacientes con bulimia nervosa comparados con pacientes no bulímicas (12 % y 4 % respectivamente). Las pacientes con bulimia nervosa también tenían un índice actual más alto, más no así en la vida para TPEP comparadas con las pacientes con trastorno por atracones. Las pacientes portadoras del trastorno por atracones, tenían un índice de prevalencia del TPEP más alto en la vida pero no actual, comparado con los controles (45).

En una muestra clínica de 294 mujeres con TCA (que incluía bulimia nervosa, anorexia nervosa y trastorno de la alimentación no especificado), (45) 52% reportaron síntomas del TPEP. Aunque los síntomas del TPEP no fueron correlacionados con los síntomas del TCA, existía una asociación significativa con las mediciones de depresión, ansiedad, y disociación (45).

Rorty y Yager, han explicado como la patología de los TCA puede representar un intento desesperado para un paciente traumatizado por regular los estados afectivos sobrellevados y construir un sentido coherente del yo, y el significado dentro de un contexto sociocultural, preocupada con la figura y la belleza. Esto no es diferente de la relación entre los TUS y el TPEP descrito anteriormente, excepto que el atracón y la purga pueden ser usados en lugar del alcohol ó de sustancias ilícitas en un intento por controlar la sintomatología del TPEP(72). En el Estudio Nacional de la Mujer (ENM), los eventos traumáticos precedieron al primer atracón en el 84% de los casos, de esta manera apoyando esta hipótesis (45).

j) Trastornos somatomorfos (TSM).

Las relaciones entre el evento traumático, el TPEP y los TSM han sido también reportadas en la literatura. El vínculo entre la somatización y el inicio del trauma fue observado primero por Freud quién hipotetizó que los síntomas conversivos de la histeria, ahora clasificados como trastorno somatomorfo de conversión, fueran vinculados con formas tempranas de eventos traumáticos. Los reportes subsecuentes han confirmado que los pacientes con TSM tienen mayores índices de prevalencia de abuso en la infancia y otros eventos traumáticos (73).

Andresky y cols, reportaron que los pacientes con TPEP definido por el DSM-III-R, tuvieron mas probabilidad a reportar síntomas de somatización que los pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Especialmente notable fue el incremento de 2 veces tanto en los síntomas de dolor y de conversión. Estos resultados son similares a los reportes previos de síntomas

somáticos en pacientes con TPEP (74). Por ejemplo, en un estudio realizado por Beckham y cols. el 80% de los veteranos de guerra con TPEP reportaron dolor crónico (45,75).

Interesantemente, estudios sobre el estado de salud de los individuos traumatizados con TPEP, muestran índices altos en una variedad de problemas de salud así como también una función inmune alterada. De esa manera, es importante hacer el diagnóstico de TSM solamente después de una evaluación médica minuciosa (45,76).

En un estudio de 654 sujetos con trastornos de ansiedad, 5.5% de los sujetos tenían una historia pasada o actual de TSM. De aquellos con TSM, 22% tenían TPEP ($p < .01$) (77). En un estudio de 45 pacientes con pseudocrisis (98% de los cuales tenían un TSM definido por el DSM-III-R), 49% reunieron criterios diagnósticos según el DSM-III-R para TPEP (78). En pacientes con dolor pélvico crónico y laparoscopia negativa, la mayoría tenía un TSM por dolor, y los índices de TPEP fueron encontrados a ser mas altos, que los controles infértiles libres de dolor (79).

k) Trastornos Disociativos (TDS)

Como la depresión, la ansiedad y la somatización; la disociación puede ser tanto un síntoma o un trastorno por sí mismo. Los síntomas disociativos se han reportado que están comúnmente asociados con el TPEP, particularmente en los casos más severos que inician en la infancia (80-83), pero pueden también manifestarse sin tener síntomas evidentes de TPEP, en una variedad de formas que involucran alguna alteración en la memoria o en la identidad. Así como sucede con el TPEP, los TDS se han vinculado también de manera muy estrecha con experiencias severamente traumáticas, particularmente cuando ocurren durante la infancia (45).

Aunque el diagnóstico de trastorno de identidad disociativo (TID) ha sido controversial, existen varias series de casos, que confirman su existencia en individuos con índices extremadamente altos de abuso severo infantil o exposición a un evento traumático (aproximadamente 97%). No existen estudios controlados de los índices de prevalencia del TPEP en pacientes con TID, pero los reportes clínicos indican clara sintomatología del TPEP en varios puntos durante el curso del TID (45,81). Recientemente Bremner y Marmar reportaron que el 86% de 35 pacientes con TPEP reunieron criterios para uno o más trastornos disociativos usando la Entrevista Clínica estructurada para el DSM-IV (SCID-DSM IV), versión para trastornos disociativos (45).

En el ENM, Brewerton y cols. reportaron amnesia psicogénica en el 41% de una muestra representativa, no clínica de mujeres con TPEP en comparación con el 7% de las mujeres sin TPEP. El TPEP en mujeres con amnesia psicogénica fue asociado con índices significativamente más altos de violación, abuso sexual infantil, asalto agravado, acoso, TDM y TCA que en aquellos sin amnesia psicogénica (45).

La presencia de síntomas disociativos en el momento del evento traumático (disociación peritraumática), ha sido reportada como un fuerte predictor del pronóstico, desarrollo y severidad subsecuente del TPEP (84, 85). Una submuestra de pacientes con TPEP y con disociación peritraumática parecen haber disminuido en lugar de haber aumentado su reactividad fisiológica, siendo un hallazgo que puede eventualmente ser importante en el tratamiento (86).

PREDICTORES DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CRÓNICO

La mayoría de los individuos quienes poco después de un trauma, manifiestan síntomas del TPEP, se recuperan en menos de un año de sus experiencias traumáticas. En contraste, aquellos que permanecen enfermos por un año o más raramente se recuperarán completamente. Es importante la

identificación temprana de aquellas variables que predicen la cronicidad del trastorno es importante (52).

En 1992 Mcfarlane y cols. se propusieron investigar cuál es el papel de los recuerdos intrusivos y que producen malestar en la etiología del TPEP, en 290 bomberos quienes habían estado expuestos a grandes incendios que devastaron amplias áreas del sureste de Australia en 1983. Una relación bidireccional fue demostrada entre el TPEP y las recolecciones intrusivas, demostrando que las cogniciones intrusivas y las imágenes relacionadas al evento traumático fueron el vínculo causal entre el evento traumático y el inicio del TPEP y otros trastornos psiquiátricos relacionados (87). Horowitz en 1976 elabora un modelo de procesamiento de la información en el cuál propone que las cogniciones intrusivas son una respuesta inicial predecible a un evento traumático repentino (87,88).

Perry y cols. en 1992 (89), evaluaron de manera longitudinal a 51 pacientes quemados hospitalizados. Se encontró que menos apoyo social percibido al poco tiempo después de sucedido el evento traumático, predijo el TPEP en todas las evaluaciones de seguimiento, mientras la lesión más severa no predijo el TPEP. El autor apoya la propuesta que en las evaluaciones de la severidad del estresor se tomara en cuenta los factores subjetivos (89).

Shalev y cols en 1996 (84), de manera muy similar al estudio anterior; examinan prospectivamente a 51 sujetos que ingresaron a un hospital general por una lesión física debido a un evento traumático, para saber cual es la relación entre respuestas inmediatas y a corto plazo a un evento traumático y el subsecuente desarrollo del TPEP. La evaluación longitudinal, encuentra que 30 sujetos (25.5%) reunieron los criterios diagnósticos para TPEP, además ellos tenían niveles altos de disociación peritraumática, y mostraban mayor severidad en cuanto a las mediciones de depresión, ansiedad y síntomas intrusivos. Se concluye que la disociación peritraumática está fuertemente asociada con el desarrollo posterior del TPEP. La disociación temprana y los síntomas del TPEP pueden ayudar al médico a identificar a los sujetos con un riesgo más elevado para desarrollar el TPEP (84).

Hasta 1996, los resultados de las pocas evaluaciones prospectivas de los predictores del TPEP, habían sido inconsistentes. Variables tales como síntomas intrusivos, apoyo social, disociación peritraumática, irritabilidad y mal uso del alcohol, mostraron que predecían parcialmente el TPEP (52,84,87,89). El ECN ha mostrado que en la mayoría de los casos, la recuperación del TPEP ocurre dentro de los 12 meses que siguen al evento traumático (13).

En 1998 Shalev y cols, realizaron un estudio prospectivo con el objetivo de evaluar el inicio, traslape y curso del TPEP y el TDM que siguen a los eventos traumáticos. Evaluaron a 211 víctimas de un evento traumático reclutados en una sala de emergencia de un hospital universitario Israelí, la edad de los reclutados era entre los 18 y 60 años. En cuanto a los resultados, el TDM y el TPEP ocurrieron tempranamente después del trauma; los pacientes con estos diagnósticos tenían índices de recuperación similares. La comorbilidad fue asociada con una mayor severidad sintomática y bajos niveles de funcionamiento. El TDM previo fue asociado con un alta prevalencia de TDM actual y con la severidad de los síntomas reportados. Shalev y cols. concluyeron que el TDM y el TPEP son secuelas del evento traumático independientes entre sí, que tienen pronósticos similares e interactúan para incrementar el malestar y la disfunción (22).

El TDM ha sido asociado desde ya hace un buen tiempo con eventos estresantes de la vida y con el TPEP(13,41,51, 90,91). La coexistencia del TDM y el TPEP se encuentra entre el 56% actual y 95% en la vida; esto excede al efecto esperado por la simple coincidencia (51).

Freedman y cols. retomaron el estudio de Shalev (22), evaluaron prospectivamente los predictores del TPEP a los 4 meses y al año. Estudiaron a 236 víctimas de un evento traumático que se reclutaron en un hospital universitario Israelí. Los síntomas depresivos fueron los mejores predictores del TPEP en ambos puntos del tiempo. Los síntomas intrusivos y la disociación peritraumática fueron mejores en la predicción del TPEP a los 4 meses que al año. Se concluye por parte de los autores que la ocurrencia de la depresión durante los meses siguientes al evento traumático es un importante mediador de la cronicidad en el TPEP. En la predicción de la intensidad de los síntomas del TPEP se encontró que el Inventario de depresión de Beck (IDB) es el

instrumento predictor más poderoso aunque no el único. Los resultados de este estudio subrayan la importancia de los síntomas depresivos en el desarrollo del TPEP. Se debe recalcar que los síntomas de intrusión y disociación peritraumática fueron mejores en la predicción del TPEP a cuatro meses, mientras los síntomas de depresión, evitación y ansiedad fueron mejores en la predicción del TPEP a un año. Finalmente los resultados sugieren que la recuperación del TPEP puede no ser completa: la mayoría de los sujetos quienes cesaron para reunir los criterios diagnósticos formales para el TPEP fueron sintomáticos a un año, y cinco parecieron tener un TPEP subsindromático (reuniendo 2 de los 3 criterios requeridos). Es por consiguiente poco claro si esta es una verdadera recuperación o meramente una fluctuación en la expresión de un trastorno continuo (52).

Solomon y cols. evaluaron a 35 hombres con TPEP y concluyen, que el TPEP recuperado está sujeto a la reactivación por exposición a condiciones similares. Esto sugiere que la recuperación formal o sintomática, no debería ser confundida con la recuperación completa en los sobrevivientes al trauma quienes habían manifestado TPEP (92). Regresando al estudio de Freedman y cols. parece que una vez que el TPEP ha sido completamente expresado por un periodo de varios meses, la recuperación incompleta debería ser esperada en muchos casos (52).

Resumiendo, los síntomas intrusivos, que siguen a la exposición, no son los mejores predictores del TPEP crónico (3,52,84). La disociación peritraumática fue un buen predictor del TPEP a corto plazo (52,93). En contraposición existe un estudio retrospectivo de Marmar y cols; donde los reportes de disociación durante el combate, colectados 20 años después de la exposición, se consideraron para la ocurrencia del TPEP crónico (85). La diferencia entre los estudios puede ser explicado por diferencias en el diseño, diferencias en el retraso de tiempo, o la naturaleza diferente de los eventos traumáticos (52).

Los estudios anteriores sugieren que en los recientemente traumatizados, la depresión debería convertirse en un foco de investigación y atención clínica, si la depresión es un mediador independiente de la cronicidad, toma importancia el tratamiento temprano. Al mismo tiempo, el

poder predictivo de los síntomas depresivos debería tenerse presente cuando uno tiene que identificar a los sobrevivientes del trauma quienes están en un riesgo mayor para desarrollar TPEP (13,41,51,52, 90,91).

LA PSICOBIOLOGÍA DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

El cerebro sirve como un aparato que analiza y amplifica la información para mantenernos en contacto con nuestro medioambiente interno y externo. Un amplio número de estructuras cerebrales complejas como el tallo cerebral, el tálamo, los ganglios basales, el sistema límbico, el cerebelo y el neocórtex, constituyen una gran colección de sistemas que filtran y procesan información (94).

Van der Kolk sugiere que estos sistemas necesitan funcionar en armonía para permitir que el individuo decida que estímulos sensoriales son relevantes y cuales no lo son, examinar un rango de opciones para actuar, anticipar los resultados de las acciones de uno, concentrarse sobre una tarea en particular hasta que haya sido cumplida, y entonces dejarlo y atender a otro estímulo. Las personas con TPEP tienen un patrón de problemas para llevar a cabo precisamente estas funciones. Abraham Kardiner en 1941, fue el primero en dar descripciones en detalle sobre los efectos de los eventos traumáticos de la guerra; notó que los que sufrían de “neurosis traumática”, desarrollaron una hipervigilancia duradera y una sensibilidad a la amenaza del medioambiente.; desarrollaron una alteración psicobiológica crónica (94).

El TPEP no es un problema de simple condicionamiento. Pitman y cols han puntualizado que el problema crítico en el TPEP es que el estímulo que causa la reacción excesiva en las personas puede no ser “*suficientemente condicionado*”: una variedad de desencadenantes no directamente relacionados a la experiencia traumática pueden permitir que se precipiten reacciones extremas.

En el TPEP ocurren reacciones psicofisiológicas anormales, en dos niveles diferentes: 1).- En respuesta a recuerdos específicos del evento traumático y 2).- En respuesta a estímulos intensos pero neutrales, como los ruidos fuertes. Esto indica que las personas con TPEP sufren de una pérdida en la discriminación de estímulos (94,95).

Las personas con TPEP sufren de activación fisiológica elevada en respuesta a sonidos, imágenes, y pensamientos relacionados a incidentes traumáticos específicos. Responden a tales recuerdos con incrementos significativos en el índice cardíaco, conductancia de la piel, y presión sanguínea (96,97). La administración de fármacos tales como el lactato (98) o la yohimbina (99) a pacientes con TPEP (pero no en controles), tiende a precipitar ataques de pánico ó flashbacks de eventos traumáticos previos.

Excesiva estimulación del SNC en el momento del evento traumático puede resultar en cambios neuronales permanentes que tienen un efecto negativo sobre el aprendizaje, habituación, y discriminación de estímulos. Estos cambios neuronales no dependen de una exposición actual a recuerdos del evento traumático para su expresión. La respuesta de sobresalto característica del TPEP es un ejemplo de este fenómeno (100). Varios estudios han demostrado anomalías en la habituación a la respuesta de sobresalto acústica (RSA) en el TPEP (101,102). Shalev y cols. encontraron una falla para habituarse tanto para las respuestas mediadas por el SNC y el Sistema nervioso autónomo a la RSA en el 93% del grupo de TPEP, comparado con el 22% de los sujetos control. *Interesantemente, las personas quienes sólo reunieron criterios para el TPEP en el pasado, continuaron mostrando la falla en la habituación de la RSA, lo cual lleva a la pregunta de si la habituación anormal al sobresalto acústico es un marcador o un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de TPEP (94,101).*

La falla para habituarse a un sobresalto acústico sugiere que las personas traumatizadas tienen dificultades para evaluar estímulos sensoriales y para movilizar niveles apropiados de activación fisiológica (101). Esto es ilustrado, por un estudio de McFarlane y cols. usando potenciales relacionados con el evento (PRE), encontraron que las personas con TPEP: 1).- Fueron

incapaces para diferenciar estímulos relevantes y no relevantes, 2).- Atendieron menos a eventos afectivamente neutrales pero relevantes existencialmente, y 3).- Como una consecuencia de esta falta relativa de sensibilidad, necesitaron aplicar más esfuerzo que las personas no traumatizadas para responder a experiencias actuales. Estos estudios sugieren que las personas con TPEP tienen dificultad en la neutralización de estímulos en su medioambiente en orden para atender a tareas relevantes. Para compensar, tendieron a cerrarse, y fallaron para atender estímulos ordinarios y no traumáticos (103).

Kristal fue el primero en notar que las emociones de las personas con TPEP no parecen servir a sus funciones de alertamiento usuales, es decir como señales de advertencia para tomar acciones adaptativas (94).

a) Función inmune alterada.

Investigaciones en humanos y animales indican que las bajas concentraciones de cortisol, están asociadas con una función inmune reforzada (94). Muchos pacientes con TPEP crónico tienen problemas físicos y un alto grado de uso de los servicios médicos (104). Bessel comentó que al parecer existe una alta prevalencia de enfermedades autoinmunes en las mujeres con historia de abuso sexual. Esto llevó al autor anterior y a Wilson, a realizar un estudio en 12 mujeres con historia documentada de abuso sexual en la infancia y 12 sujetos controles. Los resultados demostraron que la función inmune fue casi la misma en ambos grupos; excepto por los linfocitos CD45, conocidos como "células de memoria" del sistema inmune. La anomalía involucró a la proporción RO:RA, que es la proporción de células T que recuerdan los desafíos previos vs el número de células T núbiles listas para responder a las nuevas amenazas. En otras palabras, estas mujeres sexualmente abusadas se habían expuesto a un número mayor de desafíos inmunológicos y de esa manera tenían una propensión incrementada a recordar y responder a los desafíos inmunológicos en la dirección del evento traumático. Estos pacientes con TPEP, recordaban

inmunológicamente a pacientes con enfermedades caracterizadas por una muy baja proporción RO:RA, tales como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y el lupus sarcoide (94).

b) Niveles del desarrollo y efectos psicobiológicos del evento traumático.

El abuso infantil se manifiesta por sí mismo, a través de una serie de problemas psiquiátricos, tales como la depresión, la ansiedad, la ideación suicida, la impulsividad-agresividad, la delincuencia y el abuso de sustancias (33,105). Existe un reconocimiento que va en aumento, que el abuso intrafamiliar crónico tiende a producir síndromes postraumático complejos, los cuales involucran una desregulación afectiva crónica, una conducta destructiva contra sí mismo y los otros, alteraciones en el aprendizaje, problemas disociativos, somatización, y distorsiones en conceptos hacia sí mismo y los demás (33,106).

c) Anormalidades neuroendócrinas y lateralización cerebral.

Los estudios prospectivos de Frank Putnam y su grupo, muestran alteraciones neuroendócrinas en niñas abusadas sexualmente comparadas con sujetos normales, particularmente en áreas de funcionamiento inmune, corticosteroide y tiroideo (94,107,108). Teicher y cols. han producido evidencia substancial que la experiencia traumática temprana afecta el desarrollo de la corteza cerebral y del sistema límbico. Encontraron que el abuso físico en la infancia fue asociado con un incremento del 38% en las anomalías del sistema límbico, el abuso sexual con un incremento del 49%, y el abuso combinado con un incremento del 113%. Estos porcentajes fueron elevados solamente si el evento traumático ocurrió antes de los 18 años de edad (94).

En un estudio sobre anomalías electroencefalográficas, Ito y cols. encontraron una asociación entre la historia de abuso y las anomalías neurológicas. Los niños abusados tenían una mayor incidencia de anomalías electroencefalográficas que los niños no abusados. Los

pacientes abusados y los no abusados difirieron solamente en la prevalencia de las anormalidades del hemisferio izquierdo. Los déficits del hemisferio izquierdo fueron 7 veces más comunes que los déficits del hemisferio derecho. Sus hallazgos sugieren que los dos hemisferios pueden funcionar mas autónomamente en los pacientes con abuso infantil. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones que muestran que los niños abusados tienen problemas significativos en el funcionamiento del hemisferio dominante del desarrollo del lenguaje (94).

d) Historia de la neuroimagen en el TPEP.

Durante los últimos años, la disponibilidad de la neuroimagen para la documentación de anormalidades estructurales y funcionales en el TPEP, ha abierto nuevos caminos para el entendimiento de los procesos neurobiológicos involucrados en el TPEP.

La Neuroimagen ha promovido un nuevo enfoque sobre los filtros neuronales involucrados en la interpretación de la información sensorial: las interacciones entre las partes del SNC que procesan e interpretan el significado de la información entrante, tal como la amígdala, el hipocampo, el cuerpo caloso, cíngulo anterior y corteza prefrontal (94).

Volumen Hipocampal.- Tres estudios, han mostrado que las personas con TPEP tienen disminuido el volumen hipocampal comparados con los sujetos controles: Bremner y cols. encontraron que los veteranos de la guerra de Vietnam con TPEP tenían una reducción del 8% en el volumen del hipocampo derecho comparados con veteranos sin tales síntomas (109). Stein y cols. encontraron un 7% de reducción en el volumen hipocampal en mujeres con TPEP quienes habían sufrido de abuso sexual repetido en la infancia. Gurvitz y cols. encontraron que los veteranos de Vietnam con la exposición al combate más intensa y con el TPEP más severo, tenían un encogimiento promedio del 26% en el hipocampo izquierdo y el 22% en el hipocampo derecho, comparado con los veteranos quienes vieron el combate pero no presentaban síntomas. La severidad de su TPEP fue directamente proporcional al grado de encogimiento hipocampal (94).

Estudios con provocación de síntomas.- Rauch y cols. condujeron un estudio con PET de pacientes con TPEP, los cuales fueron expuestos a narrativas vívidas y detalladas de sus propias experiencias. Los sujetos demostraron una actividad elevada, solamente en el hemisferio derecho, específicamente en las áreas que la mayoría involucró en la activación emocional: la amígdala, ínsula y lóbulo temporal medial. La activación de estas estructuras fue acompañada por una actividad elevada en la corteza visual derecha. Existía además una disminución significativa en la activación del área frontal inferior izquierda. Se piensa que el área de Broca, es responsable de descifrar las experiencias personales en el lenguaje comunicable (110). Shin y cols. confirmaron estos hallazgos en una población con un evento traumático diferente (111).

Implicaciones de los hallazgos en Neuroimagen.- Se ha mostrado que la amígdala juega un papel en la evaluación del significado emocional de la información sensorial que entra: la confrontación con los estímulos que producen miedo, activa a la amígdala y las estructuras relacionadas. La amígdala guía la conducta emocional mediante proyecciones al hipotálamo, hipocampo y el cerebro anterior (94,112). La activación de la amígdala probablemente media la actividad autonómica; la información evaluada por la amígdala es transmitida a las áreas en el tallo cerebral que controlan los sistemas autonómico conductual y neurohormonal. Por medio de estas conexiones, la amígdala transforma el estímulo sensorial en señales fisiológicas que inician y controlan la respuesta emocional (94,97).

Múltiples líneas de estudio indican que el estrés está asociado a menudo con trastornos psiquiátricos (113). Una de las áreas cerebrales más importantes que puede ser afectada por el estrés es el hipocampo. Este desempeña un papel primordial en el aprendizaje y en la memoria. Las alteraciones de la memoria forman parte del cuadro clínico de la psicopatología relacionada con las alteraciones de los procesos estresantes (114). Los pacientes con TPEP presentan una gran variedad de alteraciones de la memoria, incluyendo a la llamada memoria de declaración (115). Cuando exponemos a los animales de experimentación (roedores) a determinados eventos estresantes, se precipitan conductas compartidas y semejantes, a la depresión y al TPEP en seres humanos. Las

principales características observadas en los animales son: inhibición de la actividad motora, cambios en la conducta alimentaria, alteraciones en el sueño, disminución de la conducta competitiva y disminución de la respuesta a la estimulación (116-118).

Entender como el estrés afecta al cerebro es importante para comprender su relación con los trastornos psiquiátricos (113). Recientemente, se descubrió que las neuronas corticales se generaban en los mamíferos adultos. Sin embargo, fue hace más de 30 años que fue descubierto que las neuronas del giro dentado se generaban. En todas las especies de mamíferos, la producción de las neuronas granulares que es el principal tipo celular del giro dentado de la formación hipocampal, comienza durante el período embrionario y continúa hasta muy avanzado el período postnatal, aunque en este último período la producción de las nuevas neuronas granulares disminuye pero nunca cesa. Hasta hace poco, estos hallazgos fueron encontrados controversiales pero en los últimos años, la evidencia ha ido creciendo para apoyar la visión que la neurogénesis adulta en el giro dentado es una característica de todas las especies de mamíferos (119).

Gould y cols. especularon que el alto índice de regeneración de las neuronas implica, una alta demanda de nuevas neuronas en el hipocampo, y que las últimas células generadas juegan un papel importante en la función hipocampal. Además las neuronas en el giro dentado son inusualmente sensibles a los cambios estructurales dependientes de la experiencia y son fácilmente dañadas. Los factores que facilitan la regeneración son: 1) Las hormonas ováricas, 2) El aprendizaje, 3) La complejidad en el medio ambiente y 4) el funcionamiento. Los factores que reprimen la regeneración son: 1) Las hormonas adrenales, 2) El estrés y 3) la deprivación. La complejidad medioambiental es especialmente importante para la supervivencia de las neuronas, y con frecuencia los animales de laboratorio muestran bajos índices de supervivencia de las neuronas debido a la falta de complejidad en su medioambiente (113).

El Hipocampo tiene una gran concentración de receptores glucocorticoides, que son las llamadas "*hormonas del estrés*"; así mismo posee receptores mineralocorticoides que contienen una enzima que metaboliza el cortisol (120,121). El hipocampo modula la liberación de

glucocorticoides por medio de su efecto inhibitorio sobre el eje hipotálamo- hipófisis- adrenal (122). Estos hallazgos señalan que el hipocampo es una pieza clave para integrar la respuesta cognitiva, neurohormonal y neuroquímica al estrés y la emoción (123).

Actualmente la línea de investigación más prometedora señala que la disfunción hipotalámica es la base anatómica y fisiológica responsable de la alteración de la memoria: la fragmentación y el recuerdo retardado de acontecimientos traumáticos durante la infancia. Los altos niveles de glucocorticoides que se presentan durante los períodos de estrés prolongado, dañan al hipocampo, lo que se manifiesta por la disminución de las divisiones dendríticas, la alteración de la estructura sináptica terminal y la inhibición de la regeneración neuronal (124).

A lo largo de la vida posnatal, los glucocorticoides parecen ejercer efectos supresores en la proliferación celular en el giro dentado. Los niveles basales de esteroides adrenales son correlacionados *negativamente* con el índice de proliferación celular en el giro dentado. Los efectos supresores de los glucocorticoides sobre la génesis celular sugieren que las experiencias estresantes, las cuáles se sabe que elevan los niveles de los glucocorticoides circulantes y estimulan la liberación del glutamato hipocampal, naturalmente inhiben la proliferación celular en el giro dentado. Se ha mostrado que las experiencias agudas llenas de estrés disminuyen el número de neuronas generadas en el adulto producidas en el giro dentado en un número diferente de especies mamíferas. Aunque el significado funcional exacto de la neuronas tardíamente generadas no es conocido, varias líneas de evidencia sugieren que estas nuevas células juegan un papel importante en el aprendizaje. La neurogénesis en el giro dentado parece estar asociada con el aprendizaje y la experiencia (113).

Es probable que la disminución en el tamaño del hipocampo en el TPEP es un efecto a largo plazo de vivencias intrusivas del evento traumático en el cuerpo y la mente, el cuál es más probablemente mediado por daño celular al hipocampo inducido por el cortisol (94). En animales, la disminución del funcionamiento hipocampal causa desinhibición conductual promoviendo la definición de estímulos entrantes con respecto a la respuesta pelea/huida. Esto puede jugar un papel en la disociación prolongada y la mala interpretación de la información con respecto a la amenaza,

como ha sido mostrado en los pacientes con TPEP(112). Además el alto nivel de estimulación de la amígdala puede interferir con el funcionamiento hipocampal. El daño hipocampal combinado con altos niveles de la activación emocional pueden prevenir la evaluación apropiada y la categorización de la experiencia. Esto podría contar para la observación que los pacientes con TPEP tienen dificultades para el procesamiento y alojamiento de la información, y el aprendizaje de tales experiencias (94).

El hallazgo de la lateralización hemisférica derecha en sujetos expuestos a sus escritos personalizados del evento traumático, sugiere que existe un involucramiento hemisférico diferencial en el procesamiento de las memorias traumáticas. Acoplado con los hallazgos de Teicher y cols. sobre el deterioro en el funcionamiento del hemisferio izquierdo en niños traumatizados, estos pueden tener ramificaciones importantes para el entendimiento del TPEP. Se ha sugerido que el hemisferio derecho está íntimamente relacionado con la amígdala. Esto podría mediar su asociación con el significado emocional designado a los estímulos entrantes y en la regulación de las respuestas autonómicas y hormonales para la información emocional. La etiquetación de las percepciones es una función del hemisferio izquierdo. Es en el área de la etiquetación y categorización de los estados internos, que las personas con TPEP parecen tener problemas particulares (94).

La investigación ha mostrado que la desrealización y la despersonalización en el momento del evento traumático son importantes predictores para el desarrollo a largo plazo del TPEP. Es posible que la falla en el funcionamiento del hemisferio izquierdo durante los estados de excitación extrema juega un papel en estos fenómenos disociativos. Un área de Broca intacta, es necesaria para la etiquetación de las emociones, el deterioro de esta área dificultaría a los individuos traumatizados, para que entendieran que es lo que está pasando: experimentando emociones intensas sin ser capaces de etiquetar sus sentimientos.

Si la parte del SNC necesaria para la generación de secuencias y para la categorización cognitiva de la experiencia no esta funcionando apropiadamente, el evento traumático se experimentará como eterno y egodistónico (84,125).

MANEJO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Existen 3 aspectos para el manejo del TPEP: educación, tratamiento y/o apoyo psicosocial, y tratamiento psicofarmacológico (126).

a).- Psicoeducación y medidas de apoyo iniciales.

El profesional de la salud en general, quién se enfrenta con pacientes portadores del TPEP tiene un papel educativo inmediato, al explicar a la víctima que probablemente experimentará ansiedad, ánimo triste, irritabilidad, pesadillas, e incluso flashbacks como parte de la reacción normal al estrés del evento traumático. Se debe exhortar al paciente a hablar acerca de la experiencia traumática con sus familiares o amigos, mostrando la importancia de compartir sus sentimientos con las personas en quienes confían. El profesional debe reconocer que algunas víctimas preferirán distanciarse de sus experiencias y no desearán hablar de ello. Así mismo la educación debe extenderse al apoyo acerca de la conducta saludable a corto plazo, y al evitar el uso excesivo de alcohol, nicotina, u otras sustancias ilícitas. Se debe ser eficaz en el manejo de otros estresores. El manejo antes citado debería ser abordado en forma ideal por el médico general (126).

El médico general puede proveer a estos pacientes, apoyo psicosocial, especialmente durante las primeras 2 semanas después de la exposición al evento traumático, al término de este período se debe evaluar la necesidad de la intervención especializada. Una o dos sesiones de

asesoramiento durante este período ayudará a los pacientes a manejar su malestar emocional y creará un sentido de seguridad, el cual es importante al bienestar del paciente traumatizado.

La opinión médica es dividida acerca del aprovisionamiento de medicamentos sintomáticos para las alteraciones del sueño, y la evidencia es limitada. Se sugiere por Bellenger y Cols. a través del Consenso para el manejo del TPEP realizado en Montecatini, Italia; que si el paciente ha experimentado 4 noches consecutivas con insomnio como un umbral apropiado, se debe proveer algún hipnótico no benzodiazepínico. Así mismo el grupo concuerda que si al final de la segunda o principios de la tercera semana, el paciente continúa con malestar extremo, poco comunicativo, o incapaz para funcionar, es muy probable que el TPEP se desarrolle (126).

b).- Tratamiento psicológico.

Cuando fue introducido el TPEP en el DSM-III como un trastorno de ansiedad hace casi 2 décadas, los terapeutas cognitivos conductuales lo conceptualizaron inicialmente como una fobia compleja con una generalización extensa que producía síntomas parecidos a los que se observan en el trastorno por ansiedad generalizada. Dos procedimientos diferentes de terapia cognitivo conductual (TCC) han sido comúnmente empleados con este trastorno: **de exposición y de manejo de la ansiedad**. En los tratamientos de exposición contemporáneos, los pacientes son exhortados típicamente a confrontar el miedo y los recuerdos y situaciones evitadas de dos principales maneras:

Exposición imaginaria y la exposición en vivo. En esta última modalidad la mejoría se alcanza en 9 a 12 sesiones. El segundo grupo comprende procedimientos en el manejo de la ansiedad. Esta forma de terapia cognitivo conductual incluye un grupo de habilidades o herramientas para el manejo de la ansiedad tales como el entrenamiento en respiración y relajación, el autodiálogo positivo, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, pensamiento detenido, el juego de roles (126,127).. Un procedimiento en el manejo de la ansiedad relativamente bien estudiado y comúnmente estudiado para el TPEP es el entrenamiento en la inoculación de estrés de Meichenbaum, adoptado por Veronen y Kilpatrick para su uso con víctimas de violación (128). La TCC en sus diferentes modalidades es el tratamiento psicológico más estudiado para este trastorno y ha demostrado ser efectiva en el TPEP (129-135).

Un problema que requiere particular consideración al aplicar cualquier técnica cognitivo conductual, es la relación entre el paciente y el terapeuta. Sin un nivel apropiado de confianza, el compromiso con el tratamiento puede estar comprometido, ya que el paciente no asiste de manera regular a las sesiones. Sin embargo, el índice de abandono de los estudios sobre la terapia cognitivo conductual en el TPEP, es alrededor del 20%; un índice que no es más alto del que se encuentra en otros trastornos de ansiedad (126).

Entre los estudios recientes sobre nuevos abordajes psicoterapéuticos para el tratamiento de este trastorno, se encuentran el Reprocesamiento y desensibilización del movimiento ocular (RDMO) que se ha comparado con la terapia cognitiva y la terapia de exposición, siendo igual de efectivo para el tratamiento del TPEP (129). El RDMO es una psicoterapia relativamente nueva para el TPEP y consiste de una forma de exposición acompañada de movimientos oculares sacádicos. En el RDMO, el terapeuta le pide al paciente que visualice imágenes referentes al evento traumático mientras se induce el movimiento ocular mediante la petición al paciente de que rastree rápidamente de lado a lado el movimiento del dedo del terapeuta (136). Resick y cols. han desarrollado la técnica llamada Terapia del procesamiento cognitivo (TPC), tratamiento específicamente diseñado para las preocupaciones de las víctimas de violación. La TPC es un programa de 12 sesiones que emplea la

terapia cognitiva para corregir las cogniciones mal adaptativas de las víctimas de violación con particular énfasis sobre los temas de seguridad, confianza, poder, autoestima, e intimidad. Esta terapia también incluyó varias sesiones de exposición. Resick y Schnicke llevaron a cabo un estudio no controlado en donde lo más importante fue que se demostró que la terapia cognitivo conductual puede ser conducida en el formato de grupo con resultados exitosos (137).

Los estudios de la terapia cognitivo conductual en el TPEP han incluido pacientes quienes estuvieron recibiendo farmacoterapia. No existe evidencia en esos estudios, que la farmacoterapia (ejemplo: ISRS, Benzodiazepinas etc.) interfiera con el tratamiento psicológico del TPEP. De hecho, la medicación efectiva puede asistir a la terapia cognitivo conductual (126).

c).- Tratamiento farmacológico.

Los objetivos de la farmacoterapia son reducir la sintomatología del TPEP, reducir la incapacidad, mejorar la calidad de vida, mejorar la resistencia al estrés, y reducir la comorbilidad (126,138).

Ballenger y Davidson al frente del grupo de Consenso consideraron que las opciones farmacoterapéuticas para el TPEP de acuerdo con la calidad de su evidencia clínica son: los antidepresivos tricíclicos (ADT), los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOS), inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS), los más nuevos antidepresivos (vgr: Venlafaxina) anticonvulsivantes (EA) y benzodiazepinas (BZD) (126).

Datos de estudios doble ciego apoyan la eficacia de los ADT como amitriptilina (50% vs 17%) e imipramina (65% vs 28%) en comparación con placebo (139,140). En contraste la desipramina es clínicamente inefectiva en el TPEP, y es cuestionable si los fármacos noradrenérgicos específicos en general tendrán actividad substancial en esta condición (126,138). Hoy en día es discutible la utilización de los ADT, al existir otras medicaciones disponibles con menos efectos secundarios, ya

que presentan somnolencia y toxicidad cardiaca en sobredosis, además de disminución de los reflejos lo que pudiera incrementar el riesgo de accidentes automovilísticos (126).

Han sido publicados 3 estudios placebo controlados y 1 estudio abierto de IMAOS en el tratamiento del TPEP (138). Kosten y cols, en un estudio que examinó la eficacia de la fenelzina (15-75mg/día). Observaron una disminución mayor con fenelzina en comparación al placebo (45% vs 5%) partir de la línea de base en la calificación del IES, mostrando su eficacia en el tratamiento de los veteranos de guerra con TPEP (126,140). Se han reportado dos ensayos placebo controlados con brofaromina (150mg/día) uno de ellos con duración de 12 semanas en los EUN y el otro con duración de 14 semanas realizado en Europa. En el estudio norteamericano de acuerdo al CAPS no existieron diferencias significativas entre los grupos en tratamiento. Los resultados con el estudio europeo difirieron, de acuerdo con la escala de evaluación reportada, es decir una diferencia significativa favoreció a la brofaromina cuando se tomó en cuenta el CGI, pero no fue así cuando se utilizó el CAPS. Además la principal diferencia entre estos estudios fue la población de pacientes; la mayoría (60%) de los pacientes en el estudio norteamericano fueron veteranos de guerra, mientras que en el estudio Europeo, la mayoría de los pacientes fueron civiles (138,141). El Moclobemide es el único inhibidor selectivo reversible de la MAO-A disponible. Un estudio abierto de este fármaco fue llevado a cabo en el Reino Unido en 20 pacientes quienes reunieron los criterios del DSM-III-R para el TPEP. Este ensayo sugirió que el moclobemide es efectivo en el tratamiento del TPEP, ya que subsecuentemente al final de las 12 semanas de tratamiento, 11 pacientes no reunieron más los criterios para TPEP (138).

Con la nefazodona el antagonista de los receptores 5HT₂ se han publicado 6 ensayos abiertos en veteranos de combate y pacientes civiles con TPEP. El índice de respuesta en los estudios con poblaciones de veteranos de guerra fue generalmente más bajo (33%-50%) que en los estudios de poblaciones civiles (59%-60%) (126,136,138). Este fármaco ha sido probado por Zisook y cols. en pacientes con TPEP refractarios al tratamiento. Utilizan la nefazodona (100-600 mg/día) por 12 semanas, en pacientes masculinos (n=19) quienes habían fallado en por lo menos 3 ensayos.

farmacológicos previos. La severidad de los síntomas depresivos medidos por el Inventario de depresión de Beck (IDB) disminuyeron en un promedio del 30%. Similarmente hubo un descenso global en la intensidad de los síntomas del TPEP medidos por el CAPS de un 32%. Además existió mejoría en el sueño y en la función sexual. El promedio de la dosis diaria de nefazodona después de las 12 semanas fue de 430 mg/día. Los autores concluyen que en este grupo de veteranos de la guerra de Vietnam con TPEP crónico y refractario al tratamiento, y con múltiples trastornos psiquiátricos comórbidos en eje I la nefazodona fue bien tolerada y efectiva (142).

Se han reportado Un pequeño estudio placebo-controlado y 2 pequeños estudios abiertos con anticonvulsivantes (carbamazepina, valproato de sodio, y lamotrigina) (138). Un ensayo de 12 semanas doble ciego, placebo-controlado con lamotrigina (dosis máxima. 500mg/día si se toleraba), fue conducido en 15 pacientes con TPEP. El índice de respuesta en los pacientes quienes recibieron el tratamiento activo fueron dos veces más alto que en los pacientes que recibieron placebo (50% vs 25%, respectivamente) (143). Un estudio con carbamazepina (CBZ) mostró que 7 de cada 10 pacientes tenían una respuesta con una mejoría de “*moderada a muy buena*” (144). Resultados similares fueron observados en un pequeño estudio (n=16) con valproato de sodio; los síntomas del TPEP mejoraron en la mayoría de los pacientes (145).

Datos bien controlados muestran la eficacia clínica de los ISRS en el TPEP(138, 146-150). La FDA aprobó en febrero del 2000, la comercialización de sertralina en el tratamiento del TPEP. La efectividad de la sertralina en el tratamiento del TPEP, fue establecida en dos estudios multicéntricos, placebo controlados, de 12 semanas con un total de 385 pacientes adultos externos (291 mujeres y 94 hombres) cuya duración promedio fue de 12 años. La sertralina mostró ser significativamente más efectiva que el placebo de acuerdo a los cambios en las mediciones (CAPS-2, IES, CGI y GIS) que se realizaron al inicio y final de los estudios. De esta forma la sertralina es el primer medicamento aprobado para el manejo de este trastorno (151,152).

Debido a la importancia de los ISRS para el manejo de este trastorno, un segundo medicamento la paroxetina, fue propuesto por una empresa farmacéutica en julio del 2000, a la

FDA para el manejo del TPEP. La solicitud se encuentra basada en los resultados de estudios clínicos con cerca de 1200 pacientes (hombres y mujeres entre 18 y 78 años) con el trastorno, los cuales señalan la seguridad y eficacia de este ISRS (ILDIBA, 26 de julio del 2000).

No existen estudios que apoyan la eficacia de las BZD en el TPEP. Por el contrario, alguna evidencia sugiere que la condición clínica de los pacientes con TPEP se deteriora, cuando son tratados con BZD, con deterioro en el aprendizaje en una situación clínica, además de síntomas molestos al suspenderlas. Las BZD potencian también los efectos del alcohol (138,150). Gelpin y cols realizan un estudio con 13 pacientes sobrevivientes de un evento traumático, a los cuales trataron dentro de un rango de 2 a 18 días (6.7 +/- 5.8 días) después de ocurrido el evento traumático, con clonazepam (n=10, 2.7 +/- 0.8 mg/día) o alprazolam (n=3, 2.5mg/día). Existió un grupo control (n=13) con la misma severidad de los síntomas y el género. Los autores concluyen que contrario a las expectativas, la administración temprana de benzodiazepinas a los sobrevivientes de un evento traumático con altos niveles de malestar inicial, no tuvieron un efecto benéfico promisorio en el curso de su enfermedad, aun cuando se redujo la expresión fisiológica de la excitación (153). Es discutible el lugar que tienen las BZD en el manejo a corto plazo de las alteraciones del sueño agudas y que bien podrían ser sustituidas aún en este contexto, al preferirse los hipnóticos no benzodiazepínicos (126,138).

En cuanto a los agentes antiadrenérgicos, propranolol (antagonista beta adrenérgico), clonidina (agonista alfa-2 adrenérgico) y guanfacina (agonista alfa -2 adrenérgico), existen pocos estudios al respecto, a pesar de los hallazgos positivos que se han reportado (150).

Aunque ha sido sugerido que existe un **subgrupo psicótico** de pacientes con TPEP (45,66-71) caracterizados por agresión física, aislamiento social, pobre autoestima, y alucinaciones relacionadas con el trauma quienes son refractarios al tratamiento con neurolépticos (71,150). Sólo existen 2 casos reportados que describen con éxito el manejo de pacientes con TPEP y psicosis comórbida con tioridazina(150) y con clozapina (154), respectivamente.

Sobre la base de la evidencia clínica actual y de los estudios controlados, los ISRS son recomendados como los fármacos de primera elección para el TPEP (138,149, 150).

d).- Estrategia en el manejo apropiado del TPEP.

Se recomienda iniciar el tratamiento con ISRS, 3 semanas después de la exposición a una experiencia traumática en aquellos pacientes quienes no han mejorado en su respuesta de estrés aguda. La medicación se debe iniciar con una dosis baja de ISRS, siendo elevada gradualmente a un nivel igual o superior a la dosificación utilizada y recomendada para el tratamiento del TDM. La psicoterapia más apropiada es la terapia de exposición como parte del tratamiento cognitivo conductual.

La opinión de los expertos en esta área apoya el uso de la psicoterapia para el TPEP leve y una combinación de farmacoterapia y psicoterapia para el TPEP moderado y severo.

Un ensayo apropiado de farmacoterapia inicial es de 3 meses. Si no existe una respuesta substancial al tratamiento, la farmacoterapia efectiva debería ser continuada por 12 o más meses, dependiendo de la severidad y la duración de la enfermedad. La psicoterapia debe ser continuada por un espacio de 6 meses, con farmacoterapia de seguimiento, como necesaria (126,138).

¿PODRÍA LA PSICOBIOLOGÍA DEL TPEP ENSEÑARNOS ACERCA DE APROXIMACIONES FUTURAS DE LA PSICOFARMACOLOGÍA?

La Fisiopatología del TPEP, es muy compleja. Los pacientes con el trastorno exhiben anormalidades en muchos sistemas psicobiológicos (155). Tales hallazgos proveen información importante que debería guiar la práctica farmacológica actual y el desarrollo futuro de los nuevos fármacos; la actual aproximación a la farmacoterapia ha sido empírica más que teórica (156).

Fármacos que han probados ser seguros y efectivos para otros trastornos, están siendo evaluados en pacientes con TPEP la mayoría de las veces con éxito, tal es el caso de los ISRS y la nefazodona (126,136,138,142,146,150-152). Es ciertamente razonable evaluar tales fármacos en el TPEP debido: 1) Los pacientes con este trastorno exhiben anormalidades en la función serotoninérgica y 2) Los pacientes con TPEP con frecuencia exhiben trastornos comórbidos que son responsables de tales medicaciones. Proponiendo un punto de vista diferentes, Matthew Friedman señala que el hecho de que uno de los ISRS pudiera producir alivio de los síntomas no necesariamente quiere decir que el problema primario es una anormalidad del sistema serotoninérgico. Más bien, pudiera significar que las neuronas serotoninérgicas ejercieran efectos indirectamente mas que directa a través de otros sistemas neurobiológicos (156).

FACTOR LIBERADOR DE CORTICOTROPINA. (FLC).

El FLC es elemento que inicia la respuesta humana al estrés. Si un aspecto fundamental de la fisiopatología del TPEP es una respuesta al estrés alterada, uno podría predecir que la función del FLC pudiera ser anormal en las personas con el trastorno. Esta propuesta ha sido mostrada por Bremner y cols. (157), quienes observaron niveles del FLC elevados entre veteranos con TPEP. Si se confirmara dicha hipótesis en otros cohortes con TPEP, se confirmaría la hipótesis que la fisiopatología del TPEP, es única entre los trastornos psiquiátricos y que ello puede ser parcialmente entendido dentro del contexto teórico de la respuesta humana al estrés. Al mismo tiempo podría sugerir que una estrategia terapéutica efectiva podría ser bloquear el FLC antes de que se inicie la cascada de mecanismos adrenérgicos, eje Hipotálamo - Hipófisis - Adrenal (HHA), inmunológico y otros mecanismos ocultos. Actualmente se encuentran en desarrollo de manera experimental antagonistas del FLC (156)

NEUROPEPTIDO Y.(NPY)

Una segunda clase de fármacos que podría también probar efectividad en el tratamiento del TPEP es la que incrementan el NPY. El NPY está fuertemente concentrado en el tallo cerebral, amígdala, hipotálamo y corteza y se cree que su función es como un ansiolítico endógeno. Al parecer atenúa la acción del FLC y otros péptidos liberados en la respuesta al estrés. En investigaciones con animales se ha observado que el NPY amortigua el impacto de la respuesta al estrés (156). Los ensayos preliminares con personal militar que se encuentra sufriendo un entrenamiento arduo severo, han mostrado que aquellos individuos con los niveles más altos de NPY toleraron un estrés excesivo mejor que aquellos con bajos niveles (158). Estos hallazgos que son interesantes sugieren que un agente farmacológico que pueda promover niveles más altos de NPY podría proveer una protección clínicamente significativa contra el FLC excesivo durante la respuesta al estrés anormal tal como sucede en el TPEP.

EL SISTEMA ADRENÉRGICO.

Uno de los hallazgos más robusto en la investigación del TPEP ha sido que se ha mostrado una función adrenérgica exaltada y desregulada. Esta anomalía es indicada por una hipersensibilidad del sistema nervioso simpático, por niveles elevados de catecolaminas en orina de 24 horas, y por una sensibilidad anormal al agonista alfa 2 adrenérgico yohimbina (156). En un estudio en el que se les administró yohimbina a pacientes con TPEP exhibieron sobresaltos excesivos ataques de pánico, síntomas disociativos, y anomalías en el flujo sanguíneo cerebral en comparación con sujetos sin TPEP. Este hallazgo es consistente con la perspectiva conceptual que la fisiopatología del TPEP refleja anomalías en la respuesta humana al estrés (159). En efecto la primera investigación en esta área fue hecha por Walter Cannon, cuya "*respuesta de pelea o huida*" fue la primera descripción científica de la excesiva respuesta adrenérgica a la amenaza, componente importante de la respuesta humana al estrés. Aston- Jones y cols. mostraron que el

FLC activa el componente adrenérgico de la respuesta al estrés a través de una acción directa sobre el Locus ceruleus, este núcleo como se sabe contiene la mayoría de las neuronas adrenérgicas en el cerebro (156). Aunque la ansiedad, la irritabilidad, el insomnio, y la hiperreactividad son indicadores reconocidos de actividad adrenérgica excesiva, recientes hallazgos con pacientes israelíes vistos en una sala de urgencias sugiere que aquellos individuos, con una excesiva respuesta adrenérgica (por ejemplo taquicardia) tuvieron más probabilidad a desarrollar TPEP que otros (22). Con respecto a la memoria, investigaciones en animales y humanos indican que mecanismos adrenérgicos refuerzan recuerdos de eventos que provocan una respuesta emocional exaltada. El valor adaptativo de tal mecanismo es obvio ya que la supervivencia es reforzada cuando uno tiene una clara memoria de situaciones que previamente fueron amenazantes para la vida (156). Southwick y cols. mostraron que infusiones de yohimbina pueden producir flashbacks, reacciones disociativas, en pacientes con TPEP (160).

Estos hallazgos sugieren que los fármacos antiadrenérgicos podrían tener un papel importante en el tratamiento de la hiperexcitación (hiperarousal), intrusión, y síntomas disociativos. Además, tales fármacos antiadrenérgicos podrían tener una utilidad como agentes profilácticos para individuos recientemente traumatizados, mediante la prevención de una respuesta simpática exagerada, y mediante la prevención de la formación de las memorias traumáticas. Lo que es más sorprendente es que se ha puesto poca atención a los antagonistas betaadrenérgicos los cuales son seguros y efectivos tal como el propranolol, y agonistas alfa-2 adrenérgicos tal como la clonidina y la guanfacina, los cuales han probado su eficacia clínica como agentes antiadrenérgicos. En dos pequeños estudios, el propranolol fue un agente terapéutico efectivo para el TPEP para veteranos de Vietnam mas no se demostró lo mismo en refugiados camboyanos. La clonidina ha sido exitosamente más consistente en cuatro pequeños ensayos en veteranos de Vietnam, los refugiados camboyanos y niños abusados, no han sido objeto de ensayos rigurosos con este fármaco (156). Finalmente la clonidina ha sido utilizada de manera exitosa en un estudio de adición farmacológica con refugiados camboyanos en el cual se utilizó la combinación de imipramina/clonidina, siendo

más efectiva que cualquiera de los dos fármacos solos (161). En resumen, aunque el propranolol y la clonidina pueden fuertemente ser considerados fármacos del futuro (como los antagonistas del FLC e incrementadores del NPY), son relativamente nuevos hasta donde los ensayos terapéuticos del TPEP se han involucrado (156,161).

EL EJE HIPOTÁLAMO – HIPÓFISIS- ADRENAL (HHA).

La disregulación del eje HHA es una anomalía distintiva del TPEP que lo pone aparte de los otros trastornos psiquiátricos. La activación del eje HHA es un componente clave de la respuesta humana al estrés y ha sido reconocida como tal desde el trabajo seminal de Hans Selye, quién la llamó *“La respuesta general de adaptación”* (156). Como Yahuda y cols. han mostrado, que los pacientes con TPEP exhiben un perfil único y característico del eje HHA (distinto del que es visto en la depresión), mostrando bajos niveles de cortisol, *“regulación hacia arriba”* de los receptores glucocorticoides, y supersupresión a la dexametasona (155,162). Friedman sugirió que la retroalimentación negativa reforzada del eje HHA, puede fundamentar la intolerancia al estrés, visto en la mayoría de los pacientes con TPEP, quienes característicamente encuentran las molestias normales y las vicisitudes de la vida, excesivamente perturbadoras y difíciles de enfrentar. Así mismo señala que una aproximación novedosa y efectiva para atacar directamente esta anomalía fisiopatológica clave, podría ser intentar regular hacia abajo los receptores glucocorticoides con prednisona o algún otra medicación glucocorticoide (156).

EL SISTEMA SEROTONINÉRGICO (5-HT).

Investigaciones en animales sugieren que el 5-HT afecta muchos mecanismos cerebrales fundamentales que se encuentran alterados en el TPEP, incluyendo la regulación del sueño, agresión, actividad cardiovascular, función motora, ansiedad, estado de ánimo, y secreción

neuroendócrina. Más notablemente, las neuronas 5-HT tienen efectos directos tanto sobre la función adrenérgica y del eje HHA (156). En un estudio clínico realizado en veteranos de Vietnam con TPEP, Southwick y cols. mostraron que el agonista 5-HT m-clorofenilpiperazina (m-CFP), el cuál primariamente afecta a los receptores 5-HT₂ y 5-HT_{1C}, produjo ataques de pánico y flashbacks en algunos pero no en todos los sujetos del estudio. De particular interés es que los veteranos con TPEP quienes exhibieron tal respuesta al m-CFP tendieron a diferir de aquellos quienes exhibieron pánico y flashbacks en respuesta a la yohimbina. Esto sugiere que algunos síndromes de TPEP, podrían resultar primariamente de una desregulación del S5-HT, mientras otros pueden ser debidos a un mecanismo adrenérgico anormal. Las implicaciones de esta posibilidad para la farmacoterapia son enormes, debido a que los agentes antiadrenérgicos podrían ser el tratamiento de elección para un subtipo de TPEP mientras que fármacos que específicamente se dirigen al S5-HT podrían ser necesarios para el otro subtipo (160).

EL SISTEMA OPIODE.

Los péptidos opioides incluyen 3 grupos de compuestos: endorfinas, dinorfinas, y encefalinas, los cuales se fijan a un numero de diferentes receptores distribuidos a lo largo del sistema nervioso central (SNC). Puesto que la Beta-endorfina es derivado del mismo precursor, la pro-opiomelanocortina, del cual se origina la hormona adrenocorticotrópica, es también activado por la estimulación del FLC. Existe gran evidencia que los opioides ser revertida por antagonistas narcóticos tal como la naloxona (156).

Los opioides también afectan la hipófisis posterior y el sistema de la hormona gonadotropina durante la respuesta humana al estrés. La Dinorfina y la encefalina inhiben la liberación de oxitocina, mientras la leucoencefalina y la beta-endorfina inhiben la secreción de la vasopresina. Además la estimulación del FLC de interneuronas que contienen péptidos opioides inhibe la liberación de la hormona gonadotropina. Una manifestación clínica de esta acción es la

amenorrea o alteraciones en la fertilidad, algunas veces vista en mujeres quienes han sido expuestas a un estrés psicológico excesivo.

Friedman comenta que se ha mostrado en varias investigaciones, que los pacientes con TPEP, exhiben umbrales bajos al dolor, bajos niveles de beta-endorfina, disminución en la producción y liberación de metionina-enkefalina, y posiblemente disminución en la analgesia inducida por el estrés (156).

Glover y cols. en un ensayo farmacológico interesante con nalmefene un antagonista narcótico, reporta que algunos veteranos experimentaron efectos benéficos, reportando que ellos se sentían “*más vivos*”, menos entorpecidos, y menos constricción emocional aunque por otra parte algunos experimentaron ansiedad intolerable, pánico, activación y flashbacks. Glover interpretó sus hallazgos como consistentes con la hipótesis que los opioides juegan un papel en el embotamiento emocional visto en el TPEP crónico. Es decir que se podría presumir que el entorpecimiento es una respuesta adaptativa que embota por una parte la ansiedad y la activación intolerable inducida por el TPEP y por otro lado se podría predecir que los antagonistas narcóticos, precipitarían una ansiedad intensa en aquellos veteranos con niveles basales inadecuados de opioides (163).

LA FUNCIÓN TIROIDEA.

Una serie de hallazgos que han recibido relativamente poca atención, indican que los veteranos de la guerra de Vietnam con TPEP, exhiben una actividad tiroidea excesiva (164). Mason, Wang y cols. reportaron niveles elevados de Triiodotironina (T3) y Tiroxina (T4) entre 4 cohortes separados de veteranos que, en pocos casos, se acercaron al rango visto en el hipertiroidismo clínico, ellos encontraron una relación lineal entre los síntomas del TPEP y niveles de T3 libre. Trasladando estos hallazgos en el contexto de la respuesta humana al estrés, sugiere que la función tiroidea elevada puede ser realmente un efecto secundario de las anomalías más fundamentales en los pacientes con TPEP (164, 156).

Durante la respuesta normal al estrés, la función del eje tiroideo está disminuida tanto con respecto a una producción reducida de hormona estimulante tiroidea (TSH) y una conversión reducida de T4 a T3 más activa. Existe evidencia que tal actividad reducida del eje Tiroideo es debido al efecto inhibitorio de los niveles elevados de glucocorticoides producidos por la activación del eje HHA inducido por el estrés (156). En el TPEP, sin embargo, la situación es a la inversa. Los niveles basales de cortisol son más bajos que el requerido para el para el refuerzo de la retroalimentación negativa del eje HHA. Así la función tiroidea puede estar incrementada debido a una inhibición glucocorticoide reducida (por ejemplo el cortisol) (155,162).

LA SUBSTANCIA P (SP).

La SP pertenece a una familia de neuropéptidos llamados taquikinas. Hasta hace poco, su principal papel fue incorrectamente entendido, al considerársele un neurotransmisor sensorial localizado en las fibras C desmielinizadas aferentes del cuerno dorsal de la médula espinal, involucradas en la transmisión de la estimulación dolorosa. Mas recientemente se ha mostrado que la SP está con frecuencia localizada de manera presináptica, tanto en las neuronas adrenérgicas y serotoninérgicas y que los receptores de la SP están densamente concentrados en las regiones cerebrales que juegan un papel principal en la respuesta al estrés y en la regulación de la conducta afectiva (tal como la amígdala, hipocampo, locus ceruleus, núcleo del rafé, sustancia gris periacueductal, hipotálamo, estriado, y núcleo accumbens) (156).

EL SISTEMA GLUTAMATÉRGICO(SG).

El neurotransmisor excitatorio glutamato juega un muy importante papel en la respuesta humana al estrés. Las respuestas monoaminérgicas (serotoninérgica, adrenérgica, y dopaminérgica) y opioide al estrés son moduladas por las neuronas glutamatérgicas que actúan sobre estructuras

corticales y límbicas cruciales, involucradas en la activación, percepción, función motora, procesamiento de la información, y memoria (156).

Se distinguen 2 tipos de receptores de glutamato: los receptores NMDA y los no-NMDA. Los receptores NMDA median cambios a largo plazo en la transmisión sináptica asociada con la plasticidad del SNC; tales cambios fundamentan las funciones del procesamiento de información crucial, tales como el aprendizaje y la memoria. Los receptores no-NMDA, por otro lado, son neuromoduladores que influyen las acciones de los neurotransmisores monoaminérgicos, a través de sus acciones sobre los potenciales de membrana postsinápticos (156). Por lo anterior los receptores NMDA, son los de mayor interés, debido a que la alteración en el procesamiento de la información es un factor clave en el desarrollo y mantenimiento de las alteraciones cognitivas y psicobiológicas relacionadas con el TPEP, por medio del miedo condicionado, condicionamiento operante evitativo y la función mnésica alterada (165,166). Kristal y cols. mostraron que cuando los antagonistas del receptor NMDA, tal como el anestésico ketamina, son dados a voluntarios humanos sanos, ellos pueden producir efectos que recuerdan al fenómeno clínico de la disociación. Existe un reconocimiento creciente que la disociación es un componente clave de trastorno por estrés agudo, así, tiene implicaciones pronosticas para el desarrollo posterior del TPEP después de la exposición a un evento traumático. Aún más, la disociación es un síntoma prominente y muy disruptivo en el TPEP después de una traumatización prolongada como en el abuso sexual infantil ó la tortura repetida durante la encarcelación política. Así la capacidad para interrumpir los mecanismos de procesamiento de información crucial, tales como la percepción, atención, juicio y memoria con los antagonistas del receptor NMDA sugiere que esta área debería ser muy importante para el desarrollo de futuros fármacos (156).

SENSIBILIZACIÓN (KINDLING).

Un mecanismo neuroplástico que ha sido propuesto para la génesis del TPEP es el modelo del Kindling. Post y cols., han estado a la vanguardia de tales investigaciones, en las cuales se ha mostrado que la administración repetida de un agente excitatorio subumbral tal como la cocaína produce un incremento progresivo en la reactividad neuronal. Como la administración de una dosis diaria continua, las neuronas comienzan a sensibilizarse tanto que el proporcionarles en una sola ocasión un estímulo subumbral, puede ahora producir marcados efectos neuropsicológicos y conductuales que no eran desencadenados en un principio. Tal sensibilización puede producir crisis epilépticas, en cuyo caso es llamado *Kindling*. El Kindling ha sido sugerido como un modelo para la dependencia a cocaína, la epilepsia, la psicosis recurrente y el TPEP. Aunque la transmisión glutamatérgica vía ambos tipos de receptores (NMDA y no-NMDA) parece no ser un componente de este mecanismo neuroplástico, por otra parte se han propuesto cambios en la cascada completa de los sistemas de mensajeros sinápticos y los genes reguladores (167).

El interés clínico por este modelo, aplicado al TPEP ha llevado a que se realicen ya algunos estudios abiertos con anticonvulsivantes tal como, la carbamazepina y el ácido valproico, debido a su eficacia demostrada como agentes antikindling (156). Resultados positivos han sido reportados, especialmente con respecto a los síntomas de activación del TPEP, aunque también en algunos casos con síntomas de intrusión y evitación/embotamiento (15).

II.- JUSTIFICACIÓN.

El Trastorno por estrés postraumático (TPEP) es reconocido como uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, aunque subdiagnosticado ya que tanto el profesional de la salud mental no lo investiga de manera intencionada en sus valoraciones psiquiátricas que realiza todos los días, como el paciente asume que dicha sintomatología es “normal”.

Debido a que vivimos en una de las ciudades del mundo con los niveles más altos de violencia y que carecemos de estudios de prevalencia en la población general y civil, que nos permitan tener

Un mecanismo neuroplástico que ha sido propuesto para la génesis del TPEP es el modelo del Kindling. Post y cols., han estado a la vanguardia de tales investigaciones, en las cuales se ha mostrado que la administración repetida de un agente excitatorio subumbral tal como la cocaína produce un incremento progresivo en la reactividad neuronal. Como la administración de una dosis diaria continua, las neuronas comienzan a sensibilizarse tanto que el proporcionarles en una sola ocasión un estímulo subumbral, puede ahora producir marcados efectos neuropsicológicos y conductuales que no eran desencadenados en un principio. Tal sensibilización puede producir crisis epilépticas, en cuyo caso es llamado *Kindling*. El Kindling ha sido sugerido como un modelo para la dependencia a cocaína, la epilepsia, la psicosis recurrente y el TPEP. Aunque la transmisión glutamatérgica vía ambos tipos de receptores (NMDA y no-NMDA) parece no ser un componente de este mecanismo neuroplástico, por otra parte se han propuesto cambios en la cascada completa de los sistemas de mensajeros sinápticos y los genes reguladores (167).

El interés clínico por este modelo, aplicado al TPEP ha llevado a que se realicen ya algunos estudios abiertos con anticonvulsivantes tal como, la carbamazepina y el ácido valproico, debido a su eficacia demostrada como agentes antikindling (156). Resultados positivos han sido reportados, especialmente con respecto a los síntomas de activación del TPEP, aunque también en algunos casos con síntomas de intrusión y evitación/embotamiento (15).

II.- JUSTIFICACIÓN.

El Trastorno por estrés postraumático (TPEP) es reconocido como uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, aunque subdiagnosticado ya que tanto el profesional de la salud mental no lo investiga de manera intencionada en sus valoraciones psiquiátricas que realiza todos los días, como el paciente asume que dicha sintomatología es “normal”.

Debido a que vivimos en una de las ciudades del mundo con los niveles más altos de violencia y que carecemos de estudios de prevalencia en la población general y civil, que nos permitan tener

una base para mostrar el impacto real de dicho problema en nuestro país y los niveles de disfunción en las diferentes esferas del individuo sobre todo en edad productiva, realizamos este estudio inicial en el área en México.

III.- OBJETIVOS.

OBJETIVO PRINCIPAL:

Describir la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en una muestra de pacientes expuestos a un evento traumático del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”; así como factores asociados a la presentación y/o persistencia del trastorno.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

1.- Determinar que porcentaje de una muestra de pacientes se ha expuesto a lo largo de su vida a un evento estresante según la definición del DSM-IV. Así como establecer la prevalencia en la vida de diferentes eventos estresantes en los pacientes con TPEP.

2.- Clasificar los casos obtenidos con el diagnóstico definitivo de acuerdo al tiempo de evolución y presentación, de acuerdo a las especificaciones del DSM IV.

3.- Investigar cuál es el motivo principal de consulta, el tiempo que tardó en acudir a la consulta por el motivo principal de consulta y la duración actual de los síntomas del TPEP, en los pacientes con el diagnóstico definitivo.

4.- Describir la relación que existe entre los factores sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, religión, ocupación, y escolaridad) y el trastorno por estrés postraumático, así mismo saber si existe algún vínculo de estos factores sociodemográficos y la cronicidad del trastorno.

5.- Establecer el deterioro social y ocupacional, así como la relación que existe entre los rasgos asociados (culpa, desrealización, despersonalización, etc.) y el trastorno por estrés

una base para mostrar el impacto real de dicho problema en nuestro país y los niveles de disfunción en las diferentes esferas del individuo sobre todo en edad productiva, realizamos este estudio inicial en el área en México.

III.- OBJETIVOS.

OBJETIVO PRINCIPAL:

Describir la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en una muestra de pacientes expuestos a un evento traumático del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”; así como factores asociados a la presentación y/o persistencia del trastorno.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

1.- Determinar que porcentaje de una muestra de pacientes se ha expuesto a lo largo de su vida a un evento estresante según la definición del DSM-IV. Así como establecer la prevalencia en la vida de diferentes eventos estresantes en los pacientes con TPEP.

2.- Clasificar los casos obtenidos con el diagnóstico definitivo de acuerdo al tiempo de evolución y presentación, de acuerdo a las especificaciones del DSM IV.

3.- Investigar cuál es el motivo principal de consulta, el tiempo que tardó en acudir a la consulta por el motivo principal de consulta y la duración actual de los síntomas del TPEP, en los pacientes con el diagnóstico definitivo.

4.- Describir la relación que existe entre los factores sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, religión, ocupación, y escolaridad) y el trastorno por estrés postraumático, así mismo saber si existe algún vínculo de estos factores sociodemográficos y la cronicidad del trastorno.

5.- Establecer el deterioro social y ocupacional, así como la relación que existe entre los rasgos asociados (culpa, desrealización, despersonalización, etc.) y el trastorno por estrés

postraumático en la muestra de pacientes con el diagnóstico definitivo. Además saber la posible influencia de los factores sociodemográficos en la relación anterior.

6.- Señalar la preferencia del abordaje terapéutico de los clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría.

7.- Evidenciar la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría con trastorno por estrés postraumático.

IV.- MATERIAL Y MÉTODOS:

Procedimiento

Al inicio de la investigación se realizó una búsqueda a través del sistema de computo del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz" (INPRF) de los expedientes clínicos clasificados con Fx 44 (que corresponde a reacciones de ajuste) de enero de 1998 a noviembre de 1999, después de una revisión de los expedientes clínicos seleccionados, se encontró que solamente 25 pacientes fueron diagnosticados como portadores de Trastorno por estrés postraumático (TPEP), este grupo de pacientes fue considerado sólo como una referencia de la frecuencia con que se presentó el TPEP antes de iniciar el estudio prospectivo. A partir de diciembre de 1999 se inició el reclutamiento de pacientes en los servicios de consulta externa, hospitalización y preconsulta del INPRF, quienes habían experimentado algún evento traumático y que presuntamente estaban experimentando sintomatología del TPEP. El reclutamiento de pacientes se realizó a través de la referencia directa ó por medio de una hoja de tamizaje previamente diseñada por el investigador principal (anexada) en la cual se explicaba detalladamente sobre el motivo de la investigación, las características (criterio A del DSM-IV para TPEP) para considerar como EVENTO ESTRESANTE alguna situación. La hoja de tamizaje se aplicó principalmente en el servicio de preconsulta del 1 de junio del 1999 al 31 de agosto del 2000. Se recabó en total 552 pacientes, posteriormente se decidió

postraumático en la muestra de pacientes con el diagnóstico definitivo. Además saber la posible influencia de los factores sociodemográficos en la relación anterior.

6.- Señalar la preferencia del abordaje terapéutico de los clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría.

7.- Evidenciar la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría con trastorno por estrés postraumático.

IV.- MATERIAL Y MÉTODOS:

Procedimiento

Al inicio de la investigación se realizó una búsqueda a través del sistema de computo del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz" (INPRF) de los expedientes clínicos clasificados con Fx 44 (que corresponde a reacciones de ajuste) de enero de 1998 a noviembre de 1999, después de una revisión de los expedientes clínicos seleccionados, se encontró que solamente 25 pacientes fueron diagnosticados como portadores de Trastorno por estrés postraumático (TPEP), este grupo de pacientes fue considerado sólo como una referencia de la frecuencia con que se presentó el TPEP antes de iniciar el estudio prospectivo. A partir de diciembre de 1999 se inició el reclutamiento de pacientes en los servicios de consulta externa, hospitalización y preconsulta del INPRF, quienes habían experimentado algún evento traumático y que presuntamente estaban experimentando sintomatología del TPEP. El reclutamiento de pacientes se realizó a través de la referencia directa ó por medio de una hoja de tamizaje previamente diseñada por el investigador principal (anexada) en la cual se explicaba detalladamente sobre el motivo de la investigación, las características (criterio A del DSM-IV para TPEP) para considerar como EVENTO ESTRESANTE alguna situación. La hoja de tamizaje se aplicó principalmente en el servicio de preconsulta del 1 de junio del 1999 al 31 de agosto del 2000. Se recabó en total 552 pacientes, posteriormente se decidió

de acuerdo a los resultados en la hoja de tamizaje (ver anexo), dividir el total de la muestra en tres grupos de la siguiente manera: a) Pacientes quienes no reportaron estar expuestos a un evento estresante (n= 179), b) Pacientes quienes reportaron estar expuestos a un evento estresante y no sufrían de alguna secuela traumática (n= 175), c) Pacientes quienes reportaron estar expuestos a un evento estresante y que sufrieron de alguna sintomatología postraumática (n=198). A los sujetos que pertenecían al tercer grupo (Grupo C) se invitó vía telefónica a participar; considerándose como NO ACEPTACIÓN aquel paciente quien después de 3 llamados no acudió (n=97), además de que se desecharon 7 pacientes los cuales tenían menos de 18 años de edad. Noventa y cuatro pacientes fueron los que finalmente terminaron el estudio, a los cuales se les aplicó en una sola entrevista, previa explicación detallada sobre el tema, los siguientes instrumentos: el M.I.N.I International Neuropsychiatry Interview, CAPS-1 (*Clinician Administered PTSD Scale versión I*), y la escala de síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (ESTEP).

Criterios del estudio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos, con 18 o más años, que acudan a cualquiera de los servicios del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”.
- Pacientes que cumplan el Criterio A para trastorno por estrés postraumático según el DSM-IV y que presuntamente presenten sintomatología del Trastorno por estrés postraumático.
- Sujetos quienes acuden a la entrevista para la aplicación de los instrumentos utilizados en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Aquellos sujetos quienes no hablen, escriban o lean español y que además no sean capaces de llevar a cabo las indicaciones precisas (para fines del autoregistro).

- Pacientes de ambos sexos, de cualquier edad portadores de enfermedad médica incapacitante que impida la evaluación.

Criterios de eliminación:

- Sujetos quienes no hayan completado la evaluación basal.
- Pacientes que no acepten ingresar al estudio evaluatorio o que aun aceptando no acudan a sus evaluaciones después de tres citas.

Variables de estudio.

Género

Variable dicotómica que se definió como Masculino y femenino; se obtuvo por medio del expediente clínico o del interrogatorio directo y registrándose por medio de hoja de recolección de datos que se brindó al paciente.

Edad.

Determinada por el número en años que tiene el paciente, tomando como punto de partida su fecha de nacimiento. Se coleccionó el dato del expediente clínico o de manera directa con el interrogatorio y se asentó en la hoja de registro.

Religión.

Variable la cual será definida de acuerdo a la presencia o ausencia de alguna creencia religiosa. Se colectó del expediente clínico o del interrogatorio directo.

Estado civil.

Condición que se definió por la situación de tener o no pareja, se agrupó en dos grupos, en el primero de los grupos (Con pareja) se incluyó aquellos que se encuentran casados o en unión libre; en el segundo grupo (Sin pareja) se incluyó a solteros, viudos, separados ó divorciados.

Escolaridad.

Variable que hace referencia al número de años cursados y completados en sistema educativo, se inició el recuento de años escolares, a partir del primer año de primaria.

Ocupación.

Factor que se definió por la situación de estar laborando o no en algún empleo remunerado económicamente, de manera estable, es decir se consideró como EMPLEADO a todo aquel individuo que en el momento de la entrevista tuvo un empleo remunerado económicamente sea definitivo o temporal. Para la categoría DESEMPLEADO se incluyó a los que propiamente no tuvieron un empleo remunerado económicamente, a las amas de casa, estudiantes, pensionados, etc.

Tipo de evento traumático

Se definió como experiencias traumáticas y estresantes que provocan el trastorno por estrés postraumático; siendo tan abrumadoras que afectarían a casi todas las personas, citándose la guerra, la tortura, catástrofes naturales, asaltos, violaciones y accidentes, por ejemplo accidentes de coche o incendios de edificios. Se recolectaron los datos de diferentes eventos estresantes (17 en total) mediante una lista de chequeo de eventos que viene contenida en el CAPS-1 y la cuál se le aplicó al paciente al momento de la entrevista, en dicha lista de chequeo se especifica si el paciente experimentó el evento, lo presenció o se lo explicaron o relataron, aunque no precisa si lo experimentó en más de una ocasión.

Tratamiento actual.

Definida como la medida terapéutica aplicada por el clínico en beneficio del paciente para prevenirle, curarle, rehabilitarlo o controlar el trastorno por estrés postraumático y que se encontró al momento de la entrevista. Acentado en la hoja de registro; se propuso que el tipo de medida terapéutica se agrupara por farmacoterapia (en donde a su vez se definió el tipo de fármaco que el paciente posee, ejemplo ISRS, tricíclicos, BZD, etc.) o psicoterapia (psicoterapia per sé ó biorretroalimentación). Su recolección se hizo por medio del interrogatorio directo o del expediente clínico.

Tiempo que tardó en acudir a la consulta

Definiéndose por el tiempo que el paciente tardó en acudir a la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz", midiéndose desde el día que inició la *sintomatología del motivo principal de consulta hasta que acudió a su cita de preconsulta.*

Motivo principal de consulta.

Se precisó la causa principal de consulta, por la cual el paciente acudió al servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz" obteniéndose del expediente clínico o por el interrogatorio directo. Se dividió en 5 grupos de la siguiente manera: Trastornos afectivos, trastornos ansiosos, trastorno por estrés postraumático, trastornos ansioso-depresivo ó mixtos y otros trastornos en donde se englobaba a los que acudía por un trastorno psicótico, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno en el control de los impulsos u otros.

Duración de los síntomas actuales.

Se estableció la duración de los síntomas postraumáticos hasta el momento que acudió a la entrevista del estudio; de acuerdo al interrogatorio directo del paciente, asignándole un valor en meses. Así mismo de acuerdo a las especificaciones del DSM-IV, se dividió en dos grupos: Agudo (más de 1 mes y menos de 3 meses) y crónico (más de tres meses) y estos a su vez se subdividieron

en: inicio inmediato y de inicio tardío; en este último grupo; entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Comorbilidad.

Se definió como la condición en la que el paciente, además del trastorno en estudio fue portador de otros trastornos mentales, definidos por medio de los criterios correspondientes en el DSM-IV, a través del interrogatorio directo por medio de la entrevista estructurada M.I.N.I.

Trastorno por estrés postraumático.

La Cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* lo define como un conjunto de síntomas que la persona desarrolla después de haber sido testigo, haber participado, o haber escuchado un “suceso traumático estresante en extremo”. La persona reacciona ante esta experiencia con miedo, impotencia, reviviendo de manera persistente el suceso e intentando evitar que se lo recuerden. Los síntomas deben durar al menos un mes y afectar de manera significativa a áreas de su vida tan importantes como su familia y su trabajo.

Instrumentos de medición.

- *M.I.N.I (Mini international neuropsychiatric interview)*

Las entrevistas diagnósticas estructuradas están siendo usadas con una frecuencia incrementada en la psiquiatría. Primero se usaron para la colección de datos estandarizados en estudios epidemiológicos psiquiátricos; las entrevistas diagnósticas estructuradas ahora se han convertido en la norma para asegurar que los pacientes quienes ingresan en un ensayo clínico multicéntrico consistentemente reúnan los criterios diagnósticos en los diferentes sitios. Mas recientemente, en respuesta a las demandas para la responsabilidad en el aporte de cuidados clínicos, las entrevistas

clínicas estructuradas están siendo adoptadas para asegurar la precisión diagnóstica para el rastreo de resultados en marcos sin fines de investigación. En contraste a la entrevista clínica usual, las entrevistas diagnósticas estructuradas permiten comparaciones por los centros clínicos y tienen la capacidad de reducir la variabilidad en el diagnóstico en el interés de mejorar la calidad de los cuidados. Desde que las entrevistas diagnósticas estructuradas fueron primero desarrolladas en los centros académicos, ellas reflejaron el interés de los académicos en el detalle, exactitud y precisión (168).

El M.I.N.I es una entrevista corta diagnóstica estructurada, desarrollada conjuntamente por psiquiatras y médicos en los Estados Unidos y Europa, para los trastornos psiquiátricos nombrados en el DSM-IV y el CIE-10. Con un Tiempo de administración de aproximadamente 15 minutos, fue diseñado para satisfacer la necesidad de una corta pero exacta entrevista psiquiátrica estructurada para ensayos clínicos multicéntricos y estudios epidemiológicos y ser usada como un primer paso en el rastreo de resultados en marcos clínicos sin fines de investigación.

El motivo de crear otra entrevista estructurada, una vez que ya se cuenta con una gama de entrevistas diagnósticas, nació de la necesidad de una entrevista estructurada que cubriera el hueco entre la entrevista detallada, académica, orientada a la investigación y la prueba de tamizaje ultracorta diseñada para cuidados primarios. Mas corta que la entrevista de investigación típica pero más comprehensiva que la prueba de tamizaje, tal instrumento podía proveer una alternativa menos costosa en los ensayos clínicos internacionales y ser usada en marcos clínicos en psiquiatría. Con esto en mente se desarrollo el M.I.N.I. Entre las características más notables de la entrevista se encuentra:

- a).- Corta y barata.
- b).- Simple, clara y fácil de administrar.
- c).- Altamente sensible, por ejemplo una alta proporción de pacientes con un trastorno, deberían ser detectados por el instrumento.
- d).- Específica, por ejemplo, tener la habilidad de tamizar pacientes externos, sin trastornos.

e)Compatible con los criterios diagnósticos internacionales, incluyendo la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), así como también el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su tercera edición revisada (DSM-III-R) y más tarde en su cuarta edición (DSM-IV).

f).- Capaz de capturar las variantes subsindromáticas importantes.

g).- Util en la psiquiatría clínica, así como también en los marcos de investigación.

El M.I.N.I. no fue pensado para reemplazar a los psiquiatras. Mas qué, como una prueba de laboratorio en medicina; fue diseñada para capturar la información de rutina y repetitiva, maximizando la eficiencia de los encuentros médicos y dejando el tiempo de los especialistas para otras tareas críticas.

El M.I.N.I incluye los trastornos más comunes, confiando en los datos de los estudios epidemiológicos; tales como el E.C.A. (*Epidemiologic Catchment Area Study*) y el N.C.S. (*National Comorbidity Survey*). Siendo trastornos que tenían una prevalencia a 12 meses de 0.5%. Diecinueve trastornos en total son incluidos en esta entrevista, 17 trastornos en eje I, un modulo de suicidio y un trastorno en eje II (Trastorno antisocial de la personalidad); incluyéndose este último ya que tiende a ser el más estable en el tiempo y consistente a través de los estudios de trastornos de personalidad, y debido a que tiene un impacto significativo en las decisiones clínicas y el pronóstico.

En la actualidad existen variantes de la entrevista original (M.I.N.I), siendo estas:

M.I.N.I –PLUS.- Incluye ahora 23 trastornos; ofrece preguntas sobre exclusiones, subtipificación de trastornos y cronología (ejemplo: edad de inicio) e incluye módulos para trastornos por somatización (hipocondriasis, trastorno dismórfico corporal, trastorno por dolor); trastorno de la conducta; trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno adaptativo, trastorno disfórico premenstrual y trastornos mixtos (ansioso-depresivos). También ofrece un número de

nuevos diseños algorítmicos para el manejo de trastornos psicóticos y jerarquizar exclusiones en el caso que un paciente tenga más de un trastorno en el tiempo.

M.I.N.I.- Screen.- La necesidad urgente de un instrumento de tamizaje para cuidados primarios que penetre a más de seis trastornos cubiertos por el SDDS y el PRIME-MD, pero conservando la brevedad de estos instrumentos llevó al desarrollo de esta entrevista.

M.I.N.I. -Kid.- Utilizado para la detección de los trastornos más comunes en la infancia y la adolescencia.

VALIDACION.

Dos estudios paralelos fueron conducidos para evaluar la validez de los diagnósticos del M.I.N.I. en dos sitios, la universidad del sur de Florida en Tampa y el INSERM (Instituto Nacional para la Salud Mental) en París. Estos estudios usaron una versión del M.I.N.I que incluía varios diagnósticos en la vida que ahora están confinados al M.I.N.I- plus. Todos los sujetos participantes tenían que tener 18 años de edad o mayores.

Cada uno de los sujetos en los Estados Unidos primero completó la versión evaluada por el paciente del M.I.N.I. (M.I.N.I. PR) y la versión evaluada por el clínico (M.I.N.I.-CR) seguida por el SCID-P. A cada uno de los sujetos franceses les fue administrada el M.I.N.I. valuado por el clínico seguida por el CIDI. A 80 sujetos (cuarenta de cada sitio) les fueron administrados tanto el SCID-P y el CIDI. Para estos sujetos, el SCID-P les fue administrado antes que el CIDI para 20 sujetos en cada sitio y en los restantes 20 sujetos primero el CIDI que le SCID-P. Para evaluar la confiabilidad del M.I.N.I., 42 sujetos en cada sitio le fue administrado el M.I.N.I por dos entrevistadores (como una prueba de confiabilidad interevaluador) y subsecuentemente por un tercer entrevistador ciego 1 a 2 días después de la evaluación inicial (como una prueba de confiabilidad de prueba- re prueba).

Un total de 636 sujetos (330 en los Estados Unidos y 306 en Paris) completaron los dos estudios. Las dos muestras fueron uniformemente distribuidas por género; los promedios de edad fueron 44.8 años en los E.U.A y 42.2 años en el sitio Francés (168).

CONCORDANCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DEL M.I.N.I-CR CON EL SCID-P.

En general, los diagnósticos del M.I.N.I fueron caracterizados por buenos o muy buenos valores de Kappa, con solamente un diagnóstico (Para dependencia a sustancias actual) debajo de 0.50. La Sensibilidad fue 0.70 o mayor para todos excepto 3 valores (Distimia, trastorno obsesivo compulsivo y dependencia a sustancias actual). Las especificidades y los valores predictivos negativos fueron de 0.85 o más altos a través de todos los diagnósticos. Los valores predictivos positivos fueron muy buenos (cerca del 0.75) para depresión mayor, manía en la vida, trastorno de pánico en la vida y actual, agorafobia en la vida, trastorno psicótico en la vida, anorexia y trastorno por estrés postraumático (TPEP). Ellos fueron buenos (0.60-0.74) para manía actual, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), agorafobia actual, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), dependencia actual a alcohol, dependencia en la vida a sustancias y bulimia. Ellos fueron aceptables, pero en un rango más bajo (0.45-0.59) para distimia, trastorno psicótico actual, fobia simple en la vida, fobia social en la vida y actual, y dependencia actual a sustancias.

CONCORDANCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DEL M.I.N.I-PR CON EL SCID-P.

Aunque los diagnósticos generados por los pacientes, usando el M.I.N.I-PR, estaban caracterizados por puntajes muy bajos en kappa comparados con los diagnósticos generados por el clínico, el acuerdo fue aceptable (0.45-0.59) para el trastorno depresivo mayor, manía en la vida, trastorno de pánico actual y en la vida, agorafobia actual y en la vida, trastorno psicótico en la vida, TOC, TAG y TPEP. El acuerdo fue bueno (0.60-0.74) para dependencia a alcohol, dependencia a sustancias en la vida, y anorexia. El acuerdo, sin embargo fue pobre (debajo de 0.45) para

diagnósticos con alta comorbilidad tales como distimia, fobia simple, fobia social, dependencia actual a sustancias. El acuerdo fue también pobre para las psicopatologías más severas (manía actual, y trastorno psicótico actual). Basados en éstos hechos, se debe restringir el uso de la versión valuada por el paciente para aquellos pacientes quienes parecen tener menos psicopatología severa.

CONCORDANCIA DEL M.I.N.I. CON LOS DIAGNÓSTICOS DEL CIDI.

Los valores de kappa fueron buenos o muy buenos para la mayoría de los diagnósticos, con solamente 2 valores (para fobia simple y TAG) cayendo por debajo de 0.50. La sensibilidad fue de 0.70 o mayor para todos menos 4 valores (pánico, agorafobia, fobia simple, y bulimia en la vida). La especificidad fue de 0.70 o mayor para todos los diagnósticos. Los valores predictivos negativos fueron también muy buenos. Los valores predictivos positivos fueron aceptables para la bulimia en la vida (0.52), episodio maniaco actual (0.56), y fobia social (0.55), pero pobre para TAG (0.34). Para los trastornos psicóticos, la concordancia entre instrumentos fue muy buena si la comparación con el CIDI fue basada en un diagnóstico, un síndrome o una aproximación sintomática. Los pacientes sin trastornos, síntomas, o síndromes fueron identificados con una alta especificidad, resultando en valores predictivos negativos muy buenos. Los valores de sensibilidad fueron muy buenos, y los valores predictivos positivos fueron buenos o muy buenos. Donde existieron discrepancias el M.I.N.I. y el CIDI, ellas pudieron ser atribuidas ampliamente a la coexistencia de síntomas afectivos y psicóticos (168).

- *Escala de Síntomas de TPEP (ESTPEP).*

Fue desarrollada por Foa Riggs, Dancu y Rothbaum, consiste en una escala autoaplicable de 17 reactivos que corresponden a los criterios diagnósticos para el padecimiento en cuestión, según el DSM-III. Se refiere un alfa de Cronbach de 0.91, una confiabilidad test-retest de 0.74. Hay dos

versiones de la escala, una de ellas en formato, para la entrevista semiestructurada (para aplicarse por clínicos) y la escala de autoaplicación, que es la que se utiliza en este trabajo. Los autores indican un coeficiente de acuerdo de 0.73. Se concluyó igualmente por los autores, que la versión autoaplicable tiene una utilidad similar a la de la entrevista y su aplicación es más sencilla. (169)

Almanza y cols. (1993); presentan los resultados de una evaluación de las características psicométricas de las versiones en castellano de la escala de síntomas de TPEP y de la Escala de Mississippi para el TPEP relacionado con el combate (ésta última sin interés de momento para el estudio actual). En su estudio evaluaron al personal de 7 batallones del ejército mexicano sometidos a diferentes niveles de estrés. A todos los sujetos se les aplicaron ambos instrumentos como parte de un estudio mayor que evaluaba la prevalencia del TPEP. Los instrumentos fueron traducidos al castellano mediante los procedimientos convencionales. Al final se incluyeron 374 sujetos, de los cuáles sólo uno era del sexo femenino. La edad promedio fue de 23.3 +/- 4.9 (rango 17 a 46), 254 (eran solteros y 118 (31.6%) tenían escolaridad básica. Veintidós tenían el diagnóstico clínico directo de TPEP. El resto tenían grados diversos de la sintomatología sin llegar a presentar todo el espectro clínico del trastorno. (170)

En cuanto a los resultados de la evaluación psicométrica de la Escala de Síntomas de TPEP, fueron los siguientes:

El total de esta escala tuvo un promedio de 5.4 con una desviación estándar de 4.55 y un rango de 1 a 24 puntos. Es importante mencionar que esta escala sólo estuvo disponible para 203 sujetos (54.2% del total) debido a que la versión traducida de esta escala se aplicó cuando ya había empezado la investigación. La consistencia interna de este instrumento (alfa de Cronbach) fue de 0.80.

En cuanto a la validez concurrente, el punto propuesto por los autores fue de 18 puntos para la Escala de Síntomas de TPEP. De los 203 sujetos en los que se aplicaron ambos instrumentos, se detectaron 7 casos con el Mississippi y 5 con la escala de síntomas de TPEP. La concordancia observada en los casos y en los que no eran casos fue del 95% con una Kappa de 0.44. La

correlación de Pearson entre los puntajes totales de ambas escalas arrojó un valor de r de 0.53 ($p < 0.001$) (170).

- ***CAPS-1 (Clinician Administred PTSD Scale).***

El CAPS-1 es una escala de 30 ítems con un número de características únicas que representan mejoras sobre las escalas existentes. Primero siempre que es posible, el CAPS-1 usa referentes conductuales explícitos o puntos de referencia como la base para las evaluaciones clínicas. Segundo, incluyen ítems que evalúan cada uno de los 17 síntomas que constituyen el constructo definido sobre TPEP del DSM-III-R, así como también 8 ítems que evalúan síntomas identificados por trabajos clínicos y de investigación como asociados a características del TPEP en el adulto. Tercero, el CAPS-1 contiene de manera separada escalas de evaluación de la frecuencia e intensidad de cada síntoma. Esta característica hace diferente al CAPS-1 de los otros instrumentos. Las evaluaciones de frecuencia e intensidad son hechas sobre un continuum de 5 puntos. Cuarto, cinco ítems están incluidos para evaluar: a).- el impacto de los síntomas del TPEP en el funcionamiento social y ocupacional. b).- La severidad global de los síntomas del TPEP. c).- Los cambios globales en los síntomas. d).- La validez de las respuestas del entrevistador. Quinto el CAPS-1 está estructurada para establecer explícitamente que todos los síntomas endosados ocurrieron durante el mismo tiempo de un mes. Finalmente, las preguntas acerca de los síntomas actuales y en la vida están presentados separadamente, para asegurar que el tiempo relevante de un mes está claramente distinguido de otros.

El CAPS -1 parece tener excelentes propiedades psicométricas. En un estudio piloto que involucró a cinco veteranos con TPEP y sin el diagnóstico, Blake y cols. (1990) reportaron un acuerdo diagnóstico perfecto entre los dos clínicos quienes hicieron evaluaciones simultáneas de TPEP usando el CAPS-1 (171). Weathers y cols (1995) completaron una evaluación comprehensiva de las propiedades psicométricas del CAPS-1. En este estudio, 60 veteranos de combate les fueron

administrados el CAPS-1 en 2 ocasiones diferentes, 2-3 días aparte, por dos médicos diferentes trabajando independientemente. Unos 63 veteranos adicionales fueron administrados un solo CAPS-1. A todos los sujetos también les fue administrado el módulo del PTSD- SCID, por una tercer médico independiente (172).

La confiabilidad prueba-reprueba por tres diferentes parejas de evaluadores osciló de 0.77 a 0.96 para los tres grupos síntomas, y 0.90 a 0.98 para todos los 17 ítems. La consistencia interna (coeficientes alfa) para los puntajes de severidad (frecuencia + intensidad) para cada uno de los tres grupos de síntomas osciló de 0.85 a 0.87 y una consistencia interna para todos los 17 ítems fue de 0.94. Contra un diagnóstico de TPEP-SCID, un puntaje total del CAPS-1 de 65 fue encontrado que tenía una buena sensibilidad (0.84), excelente especificidad (0.95), y un coeficiente Kappa de 0.78 (171).

Una versión alternativa del CAPS-1, llamada el CAPS-2, es también disponible. El CAPS-2 está diseñada para la evaluación del estado sintomático actual y evaluaciones fueron hechas sobre una semana, mas que un mes, el periodo de tiempo. El CAPS-2 es particularmente valioso para evaluaciones repetidas sobre intervalos relativamente breves, y puede ser útil en la evaluación del resultado de un tratamiento.

Como parte del estudio. Se realizó primeramente la versión al castellano del instrumento por medio del sistema de doble traducción. Se estableció la concordancia del CAPS-1 y los 2 instrumentos ya validados, esto para determinar la confiabilidad del CAPS-1. Al relacionar el diagnóstico de TPEP realizado por el CPAS-1 en su episodio actual con el diagnóstico realizado por la ESTPEP se encontró que la concordancia del CAPS-1 vs ESTPEP tuvo una Kappa =0.830. Al realizar el mismo procedimiento entre el CAPS-1 (actual) y el M.I.N.I se encontró una concordancia con una Kappa = 0.851. Como procedimiento agregado se confrontaron M.I.N.I vs ESTPEP encontrándose una Kappa = 0.725 (172).

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Análisis estadístico.

El análisis de regresión logística se utilizó para predecir la presencia o ausencia del trastorno por estrés posttraumático con los eventos traumáticos como variables predictoras, una manera de probar el ajuste del modelo fue confrontar los valores observados vs. los estimados.

Para conocer la relación por separado entre los eventos traumáticos en la vida (CAPS-1), los rasgos asociados (CAPS-1) y la preferencia terapéutica, con el diagnóstico definitivo, se utilizaron tablas de contingencia y la prueba de chi cuadrada (χ^2). De igual manera para saber, la relación existente entre las variables sociodemográficas y los rasgos asociados se utilizaron tablas de contingencia y prueba de chi cuadrada (χ^2). Fue usado un análisis exploratorio de los datos para conocer la mediana de las siguientes variables: Motivo principal de consulta, Tiempo que tardó en acudir a consulta, y Duración de los síntomas actuales.

Se realizó una regresión logística por separado para describir las relaciones que existen entre los factores sociodemográficos y el trastorno por estrés posttraumático, y los factores sociodemográficos con la cronicidad. Un modelo de respuestas múltiples se utilizará para establecer la comorbilidad psiquiátrica en el grupo con el diagnóstico de trastorno por estrés posttraumático. En la expresión de las variables categóricas se utilizaron frecuencias y porcentajes. Para las variables nominales y continuas su valor fue expresado en medianas.

V.- RESULTADOS.

Del total de 552 sujetos a los cuales se les aplicó la hoja de tamizaje; 373 sujetos, es decir el 67.57% reportaron haber sufrido en la vida por lo menos un evento traumático según la definición del criterio A del DSM-IV para TPEP.

De acuerdo con los objetivos trazados, encontramos que en la muestra final de estudio (n=87), 41 pacientes reunieron criterios diagnósticos para TPEP siendo el 47.10 % de la muestra. Este grupo fue definido como portador del diagnóstico definitivo. Del grupo con el diagnóstico definitivo el 92.56% tenían el diagnóstico con las tres escalas, existió una fracción del 7.44 %, en el cuál se estableció el diagnóstico de TPEP de acuerdo con la concordancia del M.I.N.I y CAPS-1 actual ya que no se mostraba en estos pacientes un acuerdo entre las tres escalas. Su subcategorización en crónico, agudo o de inicio tardío, se presenta en la tabla 1.

El análisis estadístico se obtuvo con 87 casos. Se comparó de acuerdo al diagnóstico definitivo de los pacientes, la prevalencia de exposición a cada uno de los eventos. Para cada evento se realizó una regresión logística y tablas de contingencia (2x2). Hubo diferencia significativa en los eventos: a).- Asalto sexual (p= .002) y b).- Sufrimiento humano severo (p = .001). Además se observó tendencia a la significancia en los siguientes eventos: a).- Accidente serio de trabajo, en el hogar o durante una actividad recreativa (p = .079), b).- Lesión o daño serio, o muerte que le haya provocado a alguien (p= .066) y c) Cualquier otra experiencia o evento estresante (p = .080) (ver tabla 2). El porcentaje de aciertos de un modelo fue del 72.41%. La suma de los eventos traumáticos aumenta la posibilidad de desarrollarse el trastorno por estrés posttraumático 1.23 veces. Se estimó que la suma de los eventos ajustó en un 66.7% para los casos de trastorno por estrés posttraumático.

Es decir que a mayor número de eventos en un individuo dado, mayor probabilidad de TPEP ($p = .0059$) (ver tabla 2 a).

Para señalar la importancia que el paciente dio al TPEP al momento de la consulta, se estableció el motivo principal de consulta (MPC) en el grupo con el diagnóstico definitivo, el tiempo en que tardó en consultar por el motivo principal de consulta (TTAC) y la duración de los síntomas actuales del TPEP (DSA). El tiempo que tardaron los pacientes del grupo con el diagnóstico definitivo, en acudir a consulta de acuerdo con el motivo principal de consulta tuvo una mediana de 16 meses. Por otro lado el tiempo que transcurrió de que sucedió el evento traumático y el acudir a consulta tuvo una mediana de 24 meses. Además se encontró que sólo en una pequeña parte (13.51%) el MPC fue el TPEP y que en este subgrupo, el tiempo en que acudían a consultar por el MPC y la duración de los síntomas actuales no concordaba (8 vs 11 meses) (ver tabla 3 y gráficas 1 y 2).

Para cumplir con el objetivo en el que nos propusimos establecer la posible relación existente entre los factores sociodemográficos y el TPEP, y su influencia de los mismos factores sociodemográficos sobre la cronicidad del trastorno, primero se realizó una regresión logística donde la variable dependiente fue el diagnóstico definitivo, y las características sociodemográficas como variables independientes. Se eliminó edad, estado civil, religión, ocupación. Encontrándose que el género fue altamente significativo ($p = .0325$). El riesgo de tener TPEP fue 2.8 veces más en las mujeres que en los hombres. En cuanto a la escolaridad se encontró que a menor escolaridad mayor probabilidad de TPEP, aunque existió una diferencia; esta no fue significativa ($p = .285$) (ver tabla 4). Segundo se realizó una regresión lineal en donde la cronicidad fue la variable dependiente ($n = 38$ sujetos), se introdujeron así mismo las características sociodemográficas. Observamos que las características sociodemográficas no se relacionaron con la cronicidad del trastorno. Se muestra así

mismo las frecuencias de las características sociodemográficas en los pacientes con y sin el diagnóstico definitivo (ver tabla 5).

Se estableció la relación entre las variables de Disfunción social actual (DSOACT), Disfunción ocupacional actual (DOCACT), Culpa Actual (CULACT), Culpa a la sobrevivencia actual (SOBACT), Reducción del alerta actual (RALACT), desrealización actual (DREACT) y despersonalización actual (DPEACT), todas ellas obtenidas del CAPS-1, con la presencia o ausencia del diagnóstico definitivo. Se hizo una prueba de chi cuadrada (χ^2) para probar la independencia de las variables que se están asociado. Se encontró que los pacientes con el diagnóstico definitivo presentaban más frecuentemente DSOACT, DOCACT, CULACT y DREACT que los pacientes sin TPEP ($p = .0001$). Con tendencia significativa los pacientes con TPEP presentaron con más frecuencia DPEACT ($p = 0.51$) (ver Tabla 6).

Al confrontar las variables del CAPS-1 (DSOACT, DOCACT, CULACT, SOBACT, RALACT, DREACT, DPEACT) contra las características sociodemográficas, se encontró que solo la asociación entre la RALACT y el género existió relación ($p = 0.043$) (ver tabla 7).

En lo que respecta al tratamiento se encontró que 9 (22%) pacientes con TPEP no tenían aun tratamiento de algún tipo y 32 (78%) pacientes ya contaban con algún abordaje terapéutico. Se observa que en el grupo con TPEP las preferencias más frecuentemente utilizadas y que no fueron significativas fueron los ISRS y BZD, siendo además idénticas, con respecto al grupo sin TPEP ($p = .161$, prueba exacta de fisher = .200). La única preferencia que mostró tendencia a ser significativa fue "Otros Medicamentos" en donde se engloba a los fitofármacos, antagonistas adrenérgicos y otros ($p = .062$, prueba exacta de fisher = 0.101). Sin ser significativo sólo en un pequeño subgrupo de pacientes, tanto de aquellos que portaron el diagnóstico definitivo como a los que no lo tenían se

utilizó Psicoterapia (2 vs 3 respectivamente $p = .742$, prueba exacta de fisher = 1.0) ó Biofeedback (1 vs 4 respectivamente; $p = .364$, prueba exacta de fisher = .619) (ver Tabla 8).

Al establecer la comorbilidad en el grupo con TPEP a través del M.I.N.I., se observó que el trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada fueron los más frecuentes (90.2 % y 75.6% respectivamente). Los diagnósticos que presentaron porcentajes similares y que siguieron al TDM y al TAG fueron: Distimia, Trastorno o crisis de angustia, agorafobia simple, y trastornos por uso de sustancias. Es de señalarse que el trastorno psicótico actual o pasado se presentó en el 24.4% del grupo con el diagnóstico definitivo. No se encontró a ningún paciente con los diagnósticos comórbidos de manía actual o pasada y anorexia nervosa. (ver la gráfica 3).

VI.- TABLAS Y GRÁFICAS.

Tabla 1.- Clasificación del TPEP con respecto al tiempo.

TPEP	CRÓNICO		AGUDO		TOTAL
	Inmediato	Tardío	Inmediato	Tardío	
	35	3	3	0	41

Tabla 2.- Diferencia entre el grupo con TPEP y el grupo sin TPEP para cada uno de los eventos estresantes enlistados en el CAPS-1.

Evento Traumático	TPEP Pacientes	%	No TPEP Pacientes	%	x ²	gl	p
LE 1	33	80.5	35	76.1	0.246	1	.620
LE 2	11	26.8	9	19.6	0.646	1	.422
LE 3	22	53.7	19	41.3	1.328	1	.249
LE 4	16	39.0	10	21.7	3.091	1	.079
LE 5	3	7.3	7	15.2	1.330	1	.249
LE 6	30	73.2	29	63.0	1.019	1	.313
LE 7	29	70.7	29	63.0	0.577	1	.448
LE 8	25	61.0	13	28.3	9.431	1	.002
LE 9	13	31.7	9	19.6	1.692	1	.193
LE 10	1	2.4	2	4.3	0.237	1	.626
LE 11	9	22.0	5	10.9	1.972	1	.160
LE 12	15	36.6	11	23.9	1.661	1	.197
LE 13	22	53.7	9	19.6	10.986	1	.001
LE 14	15	36.6	16	34.8	0.031	1	.861
LE 15	27	65.9	24	52.2	1.672	1	.196
LE 16	5	12.2	1	2.2	3.391	1	.066
LE 17	20	48.8	14	30.4	3.065	1	.080

(LE1) Desastre natural (Huracán , terremoto,etc)

(LE2) Incendio o Explosión.

(LE3) Accidente de transporte.

(LE4) Accidente serio en el trabajo, en el hogar ó en área de recreación.

(LE5) Exposición a sustancias tóxicas (radiación,etc)

(LE6) Abuso Físico (ser atacado, golpeado o pateado).

(LE7) Asalto con arma (ser balaceado, amenazado con cuchillo).

(LE8) Asalto sexual (Violación, intento de violación, etc)

(LE9) Otra experiencia sexual, no deseada ó incómoda.

(LE10) Combate o exposición en zonas de guerra (como militar o civil).

(LE11) Ser capturado (ser rehén, ser secuestrado o prisionero de guerra.

(LE12) Enfermedad o lesión que amenace la vida.

(LE13) Sufrimiento humano severo (Tortura).

(LE14) Muerte Violenta, repentina (suicidio u homicidio).

(LE15) Muerte inesperada, repentina de alguien cercana a usted.

(LE16) Lesión, daño serio, o la muerte que le haya provocado a alguien.

(LE17) Cualquier otra experiencia o evento estresante.

Tabla 2a.- Valores de la regresión logística con relación a la suma de eventos traumáticos (variable independiente) y el diagnóstico definitivo (variable dependiente).

CSD*	B	D.E.	Wald	gl	p	R	OR
Suma	0.2141	0.0777	7.5896	1	0.0059	0.2155	1.2388

*Características sociodemográficas.

Tabla 3.- Tiempo en la búsqueda y duración de los síntomas evaluados por el motivo principal de consulta en los pacientes con TPEP.

MPC*	Sujetos	TTAC+	DSA-
Tx afectivos	12	36	19
Tx ansiosos	7	16	54
TPEP	8	8	11
Tx Mixtos	9	10	24
Otros Tx	5	96	144

*Motivo Principal de Consulta.

+ Tiempo en que tardó en consultar por el motivo principal de consulta expresada la mediana en meses.

- Duración de los síntomas actuales del trastorno por estrés postraumático expresada la mediana en meses.

Tabla 4 .- Valores de la regresión logística donde la variable dependiente fue el diagnóstico definitivo y el sexo y edad las variables independientes.

CSD*	B	D.E.	Wald	gl	p	R	OR
Género	1.038	0.4854	4.5725	1	0.0325	0.1462	2.8236
Escolaridad	-0.0641	0.0601	1.1399	1	0.2857	0	0.9379

*Características sociodemográficas.

Tabla 5.- Características sociodemográficas por subgrupos de pacientes con y sin el diagnóstico definitivo.

CSD*	Sin TPEP (n=46)		Con TPEP (n=41)	
		%		%
Masculino	20	43.5	9	22.0
Femenino	26	56.5	32	78.0
Sin Pareja	30	65.2	25	61.0
Con Pareja	16	34.8	16	39.0
Desempleado	31	67.4	33	80.5
Empleado	15	32.6	8	19.5
Sin Religión	9	19.6	5	12.2
Con Religión	37	80.4	36	87.8

*Características sociodemográficas

TABLA 6.- Relación de la disfunción social y ocupacional y rasgos asociados por subgrupo de pacientes de acuerdo al diagnóstico definitivo.

	TPEP (%)	No TPEP (%)	χ^2	gl	P
DSOACT	95.1	21.7	52.698	3	0.0001
DOCACT	80.5	33.6	21.552	4	0.0001
CULACT	41.5	8.7	13.767	3	0.0001
SOBACT	2.4	4.2	0.906	2	0.636
RALACT	41.5	17.3	6.318	3	0.097
DREACT	26.8	4.3	9.392	3	0.025
DPEACT	7.3	2.2	2.311	3	0.51

Tabla 7.- Relación de reducción de la alerta actual con la características sociodemográficas en los pacientes con TPEP.

CSD	Sujetos	%	χ^2	gl	P
Masculino	2	22.2	8.168	3	0.043
Femenino	15	46.9	8.168	3	0.043
Sin pareja	11	44	0.236	3	0.972
Con Pareja	6	37.5	0.236	3	0.972
Desempleado	13	39.4	0.531	3	0.912
Empleado	4	50	0.531	3	0.912
Con Religión	16	44.4	3.644	3	0.303
Sin Religión	1	20	3.644	3	0.303

* Características sociodemográficas.

Tabla 8.- Comparación de ambos grupos diagnósticos en cuanto a la preferencia terapéutica.

	Sin TPEP		Con TPEP		χ^2	gl	p	PEF*
	(n=46)	%	(n=41)	%				
Tx actual	32	69.6	32	78.0	0.802 ^a	1	.370	0.467
ISRS	20	43.5	24	58.5	1.966 ^a	1	.161	0.200
ISRN	2	4.3	1	2.4	0.237 ^b	1	.626	1
IMIXTO	2	4.3	2	4.9	0.014 ^c	1	.906	1
ADT	6	13.0	3	7.3	0.766 ^d	1	.381	0.491
BZD	20	43.5	24	58.5	1.966 ^a	1	.161	0.200
IND	1	2.2	1	2.4	0.007 ^e	1	.934	1
EA	2	4.3	4	9.8	0.988 ^f	1	.320	0.415
ATP	3	6.5	3	7.3	0.210 ^f	1	.884	1
OTROS	0	0.0	3	7.3	3.486 ^b	1	.062	0.101
PSICOT	3	6.5	2	4.9	0.108 ^g	1	.742	1
BIOFEED	3	6.5	1	2.4	0.824 ^c	1	.364	0.619

a).- 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

b).- 2 casillas (50%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.41.

c).- 2 casillas (50%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.89.

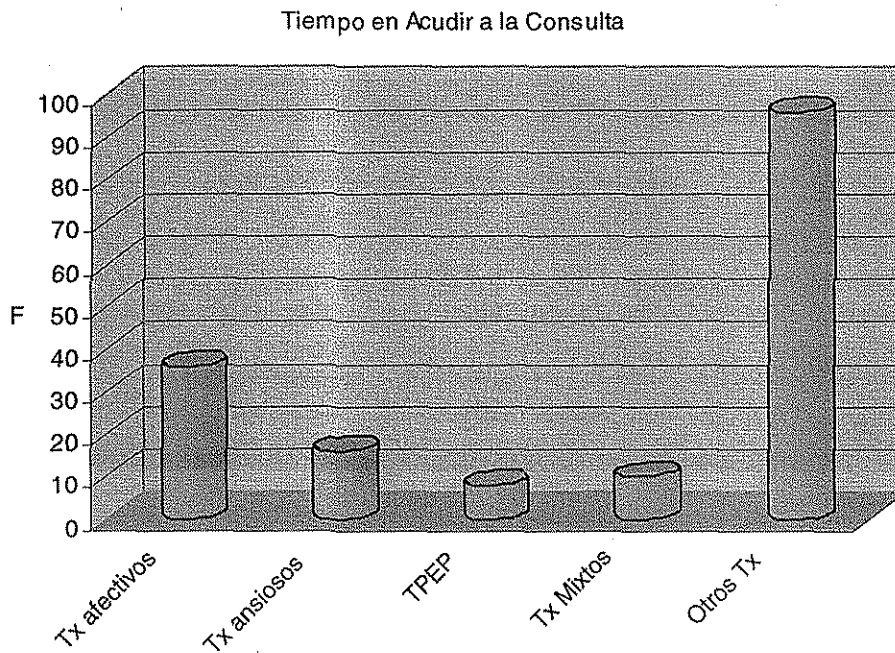
d).- 2 casillas (50%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.24.

e).- 2 casillas (50%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0.94.

f).- 2 casillas (50%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.83.

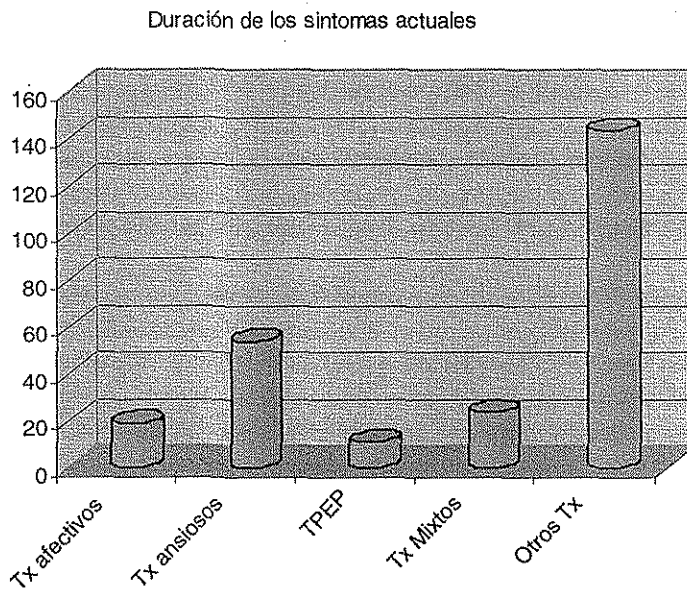
g).- 2 casillas (50%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.36.

Gráfica 1.- Tiempo en acudir a consultar por el motivo principal de consulta.



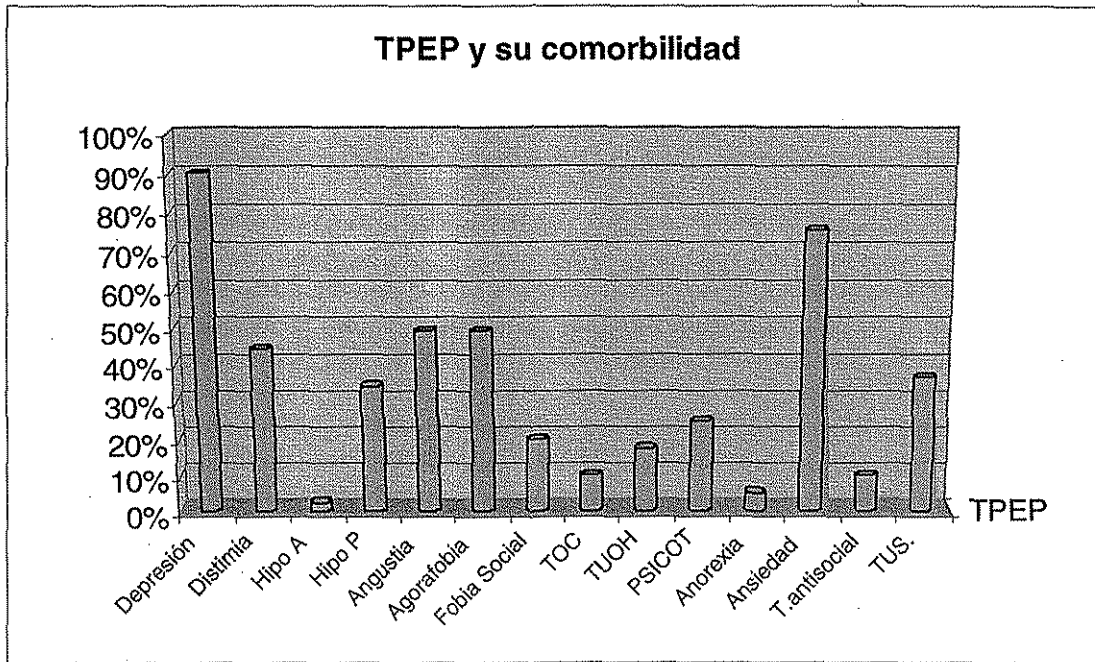
* El tiempo es representado en meses (mediana).

Gráfica 2.- Relación de la duración de la sintomatología postraumática actual y el motivo principal de consulta en el grupo con el diagnóstico definitivo.



* La Duración de la sintomatología postraumática actual es expresada en meses (mediana).

Gráfica 3.- La comorbilidad del trastorno por estrés postraumático, establecida por medio del M.I.N.I.



VII.-DISCUSIÓN.

Hallazgos y limitaciones.

Los resultados de este estudio señalan la importancia que la sintomatología postraumática tiene en la psicopatología presentada por una muestra Mexicana. La muestra original (552 sujetos) fue recolectada principalmente en el servicio de preconsulta, esto nos puede dar una noción de lo frecuente que puede ser la presencia de una experiencia traumática en la vida de cualquier individuo (67.57% de la muestra original) y el potencial impacto que él puede tener en su salud mental, además señala la obligación que tenemos como clínicos de evaluarlos. Los resultados en este rubro se encuentran dentro del rango reportado en estudios previos (39 a 90%), y sobre todo concuerdan con lo reportado en los estudios de Norris y cols. (69%) y Resnick y cols. (69) (4,9,11-13,15,18). Por limitaciones en el diseño del estudio, nos abocamos solamente a aquellos que reportaron una posible secuela del evento traumático, en un juicio a posteriori señalamos la necesidad de extender los estudios subsecuentes en todos aquellos que fueron expuestos a un evento traumático, para de esta manera tener una mejor precisión de la prevalencia del TPEP en una muestra en la población general mexicana ya que como comentaremos más tarde solamente una pequeña proporción de pacientes se percataron y relacionaron su sintomatología postraumática con algún evento postraumático.

A pesar de lo anterior y de acuerdo a los resultados del estudio observamos que la prevalencia del TPEP en la muestra es importante (47.1%), aunque no se puede comparar con la prevalencia en la población general que ha sido reportada en la literatura internacional que se encuentra entre el 4 y 6% para el TPEP actual (1); ya que como se ha mencionado las condiciones para la selección de la muestra no nos permitió tener el dato de un TPEP actual o en la vida en una población general.

En cuanto a la prevalencia en la exposición a los eventos estresantes, el cual como muestra los trabajos previos es un punto en donde los resultados son diversos dependiendo de la metodología, la muestra, y el nivel de socioeconómico del país en donde se realiza el estudio, por mencionar algunos factores. Nosotros encontramos que los eventos que mostraron una alta significancia fueron el asalto sexual (violación, intento de violación, etc.) y el accidente serio en el trabajo, en el hogar o en área recreativa. El primero evento es también reportado por Breslau y cols en una población general (15). Para el segundo evento, también se halla mencionado por Kessler y cols. como uno de los eventos más frecuentes en la muestra del Estudio Nacional de Comorbilidad (13). Una de las limitaciones del estudio es habernos apegado al listado de eventos traumáticos del CAPS-1 que se encuentra basado en el DSM-IV, ya que como dato interesante muchos de los sujetos que se descartaron del estudio habían referido violencia intrafamiliar como el evento traumático. Bien valdría la pena recomendar en futuros estudios, investigar dicho fenómeno y valorar su verdadera relación con la sintomatología postraumática per se.

La mayoría del grupo con el diagnóstico definitivo tuvo un inicio inmediato y su evolución fue crónica (93.6%), y si este dato se relaciona con el diagnóstico de TDM comórbido, pareciera existir una relación importante entre ellos. Dicha relación ha sido mencionada anteriormente por varios autores, siendo Freedman y Shalev de los más importantes (22,52). Retomando los comentarios de Shalev, él concluye que el TDM y el TPEP son secuelas del evento traumático independientes entre sí, que tienen pronósticos similares e interactúan para incrementar el malestar y la disfunción. Por su parte Freedman menciona que en la mayoría de sus sujetos existió poca claridad, es saber si fue una verdadera recuperación o meramente una fluctuación en la expresión de un trastorno continuo. A nosotros nos parece que la relación entre ambos trastornos es clara, reflejándose en el pronóstico y evolución, además desde el punto de vista de esta asociación tiene implicaciones sobre el abordaje terapéutico. Es imperativo darle seguimiento a dichos pacientes quienes portan el TPEP crónico, ya que como se ha reportado por Korn solamente el 50% de los pacientes se recuperan

dentro de los 2 primeros años después del incidente, además que muchos de los que no se recuperan, aún tendrán síntomas 15 años después (1).

Como dato adicional no encontrado como tal en otros estudios, en los cuales sólo se menciona la frecuencia de la exposición a múltiples eventos traumáticos, en los pacientes con trastorno por estrés postraumático (TPEP) (4), observamos que a mayor número de eventos traumáticos en un sólo individuo, mayor la probabilidad de desarrollar el trastorno por estrés postraumático.

Es interesante mencionar que en la mayoría de los casos el paciente acudía por primera vez a la consulta, refiriendo como más importante la sintomatología depresiva, sólo en una pequeña fracción (13.51%), la sintomatología postraumática fue el motivo principal de consulta. Esto debiera alertar al clínico, ya que en muchas ocasiones pasa desapercibido, al no evaluarse. Un dato que llama la atención; es con respecto al tiempo transcurrido entre el evento traumático y la solicitud de consulta de primera vez. En general los pacientes que refieren espontáneamente una relación traumática con sus síntomas actuales; acuden tardíamente (después de 8 meses) a su primera consulta, a una institución como el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz. Esto nos lleva a concluir que muchos pacientes con este diagnóstico, no acuden inmediatamente a recibir ayuda médica. Por lo tanto es importante que el médico interroge a cualquier paciente con sintomatología mental y/o ansiosa, sobre la posibilidad de haber estado en contacto con un evento traumático previo.

En lo que respecta a las variables sociodemográficas y su relación con el TPEP y su cronicidad, se demostró que en los pacientes del sexo femenino presentaron con mayor frecuencia una asociación directa de su sintomatología clínica y un evento estresante en una proporción de 2 a 1. En la literatura científica mundial se confirma una mayor frecuencia del TPEP en el sexo femenino en una proporción 2 a 1(4,12,15). En estudios futuros es necesario aclarar la sensibilidad y la probabilidad para los diferentes eventos traumáticos que desarrollen un trastorno de estrés postraumático y correlacionarlos con ambos sexos. Kessler y cols. (13), demuestran que una

violación en el hombre tiene un alto índice de probabilidad para desarrollar TPEP agudo y crónico; mientras que la violación hacia la mujer, aunque más frecuente, tiene un menor índice de prevalencia para TPEP. Igualmente tratamos de evaluar, un punto no evaluado en artículos previos; la correlación de las características sociodemográficas sobre la cronicidad del trastorno, no encontrando después del análisis de los datos, alguna relación al respecto. Es decir que la cronicidad del trastorno se comporta en forma independiente del nivel socioeconómico, el estado de creencia (religión), el estado civil, la escolaridad o el sexo. Al parecer el estado mental previo y el substrato neurobiológico, son relevantes para desarrollar una mayor cronicidad de los síntomas.

En anteriores estudios se ha hablado sobre los grandes costos sociales, ingresos más bajos, altos índices de falla escolar y más problemas en sus relaciones interpersonales (1,15,35). Encontramos que los pacientes con TPEP presentaron con más frecuencia disfunción social y laboral que aquellos sin el diagnóstico. Al asociarse tal hallazgo con la importancia del diagnóstico en la población general, esto nos llevaría a considerar que nos enfrentamos a uno de los mayores problemas de salud pública, solo superado por la depresión y quizás algunos otros trastornos de ansiedad (vgr: Fobia social) en frecuencia.

Rasgos asociados tales como, despersonalización y desrealización se han mencionado como predictores del TPEP a largo plazo (84,125). En nuestra muestra encontramos, que en el grupo con el diagnóstico definitivo existió con más frecuencia desrealización con alta significancia, así mismo la despersonalización fue mayor en el grupo con el diagnóstico sin alcanzar significancia estadística. Los anteriores datos, corroboran parcialmente la teoría de la lateralización hemisférica en el procesamiento de memorias traumáticas (94) que dificultan el abordaje psicoterapéutico. Un hallazgo adicional es el haber encontrado que los pacientes con el TPEP tienen más culpa actual en relación con el evento traumático que aquellos que no lo portan. Lo anterior cobra importancia en la reestructuración cognitiva que se debe abordar al momento del tratamiento psicoterapéutico.

Como un hallazgo interesante al correlacionar los rasgos asociados en el CAPS-1 con las variables sociodemográficas, se observó una relación significativa entre la reducción de la alerta y el género que indirectamente habla sobre estados disociativos.

Aunque no existió significancia en las preferencias terapéuticas, considerando si el paciente tenía o no el TPEP, observamos que las 2 clases de medicamentos que más se utilizaron al inicio fueron los ISRS y las BZD. Es prematuro con estos datos sacar conclusiones al respecto ya que la mayoría de los pacientes fueron entrevistados una sola vez y en muchas ocasiones, no se realizó un interrogatorio completo en la consulta de selección de pacientes. Aunque se debe mencionar que el uso de ISRS está justificado ya que son los medicamentos de elección, por otro lado el uso de BZD de primera intención ha mostrado poca efectividad para el manejo de la sintomatología del paciente con el diagnóstico de TPEP(126,138,153). Como hecho relevante debido a que las experiencias traumáticas comúnmente son muy desagradables y que el TPEP tiene una presentación heterogénea consideramos importante que cualquier paciente sea interrogado durante la primera entrevista como algo de rutina; acerca de un posible evento traumático que haya podido dar lugar a la sintomatología presente.

Por último al hablar sobre la comorbilidad encontramos resultados importantes e interesantes. De acuerdo con la literatura científica mundial los trastornos afectivos más frecuentes son el TDM y la distimia (45). El TDM fue el trastorno más común en la muestra (90.2%), esto coincide con lo reportado por Kessler y cols. (13), quienes encontraron en el Estudio de Comorbilidad Nacional, que el 78.4% de los individuos con TDM y TPEP comórbidos, reportaron que el inicio del trastorno afectivo siguió al TPEP. Es interesante señalar que a diferencia de lo que se ha reportado en estudios previos, el trastorno de ansiedad generalizada (75.6%) y no otro trastorno de ansiedad (Trastorno de angustia o fobia social) (12, 44, 45, 60), fue el trastorno de esta categoría más común en la muestra. La confusión diagnóstica y el traslape de síntomas, entre el TPEP y otros trastornos de ansiedad es una situación que dificulta el diagnóstico preciso. Los

trastornos de ansiedad que siguieron en frecuencia fueron el trastorno de angustia, la agorafobia y la fobia social.

A diferencia de lo reportado por Wozniak y cols. (55), en la muestra no se reportó comorbilidad con el diagnóstico de manía actual o pasada. Por otra parte se observó que menos del 10% reportó a través del M.I.N.I hipomanía actual y más del 30 % manifestó haber tenido algún episodio de hipomanía en el pasado. Este ultimo dato de acuerdo con la revisión en la literatura mundial no se había reportado (55).

Tanto los trastornos por uso de alcohol como aquellos producidos por otras sustancias psicoactivas tienen una relación estrecha con el TPEP. En general varios estudios estiman que del 30 a 60% de los individuos en tratamiento por un trastorno por uso de sustancias tienen un TPEP en la vida (45,64). En la muestra el 17.1% tuvo algún trastorno por uso de alcohol y el 36.6% tuvo un trastorno por uso de sustancias. Dicha relación es importante sobre todo por el pronóstico del trastorno por uso de sustancias, ya que lo que se ha observado es que los pacientes con TPEP comórbido tienen una peor respuesta al tratamiento de la adicción, como lo señala Brown y cols. en su estudio con mujeres dependientes de sustancias con y sin TPEP. (45,65).

La comorbilidad del TPEP y los trastornos psicóticos es un área poco estudiada aunque existen ya varios reportes que concluyen que la tríada compuesta por el TPEP, el TDM y un trastorno psicótico asociado con el segundo, tiene un fuerte impacto sobre la respuesta al tratamiento ya que lo que se ha observado es que los pacientes con TPEP y TDM psicótico, son resistentes a los neurolépticos (67-70). Como fue observado primeramente por Zimmerman y cols (71). en todos los casos de la muestra en los que se diagnóstico por medio del M.I.N.I un trastorno psicótico (24.2%), este se asoció con un TDM.

Hasta últimas fechas se ha mostrado interés por la asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria y el TPEP. A diferencia de lo reportado en la literatura científica mundial (45), no encontramos relación entre la bulimia nervosa y el TPEP, al no hallar casos comórbidos. Por otro

lado encontramos que el 4.9% de los sujetos con TPEP, presentaron el diagnóstico de anorexia nervosa.

En cuanto a los diagnósticos en Eje II, observamos una limitación ya que solamente el M.I.N.I. reporta el trastorno antisocial de la personalidad (TAP). De acuerdo con los datos que arrojó el estudio, solamente el 9.8% de la muestra presentó el diagnóstico de TAP, esto difirió de los resultados presentados por Kulka y cols. (TAP 31%) de una muestra de veteranos de la guerra de Vietnam, y a los cuales Engdahl hace mención, en su artículo de 1998 (45). Otros diagnósticos en eje II que han sido relacionados con el TPEP son el trastorno límite de la personalidad, el trastorno evitativo y el trastorno paranoide de la personalidad; que por las limitaciones del instrumento utilizado no pudimos reportar (47).

En resumen, de acuerdo a lo reportado en estudios previos y a pesar de que el instrumento utilizado (M.I.N.I) no hace también referencia a otros trastornos en Eje I, íntimamente relacionados con el TPEP como son los trastornos disociativos o los trastornos somatomorfos, se concluye que existe una alta comorbilidad que en los sujetos con TPEP de nuestra muestra (40-44), confirmándose así mismo que la presencia de trastornos psiquiátricos en individuos con TPEP es la regla más que la excepción.

El clínico que se encuentra ante un paciente con quejas psiquiátricas o físicas, sin una explicación clara acerca del origen de las mismas y con pobre respuesta al tratamiento proporcionado, debe cuestionar específicamente sobre eventos traumáticos, debido a que los pacientes con frecuencia no ofrecerán de manera voluntaria esta información, ya que la encuentran muy desagradable o pueden sentir que el evento traumático no está afectando las quejas presentes.

Este es uno de los primeros estudios en una muestra mexicana, y además civil. Más estudios deben realizarse en torno a este problema grave de salud pública, ya que cada vez más nos enfrentamos a problemas de inseguridad y violencia.

Bibliografía.

- 1.- Korn M., New Insights into PTSD, XXIIInd Congress of the Collegium Internationale Neuro-Psichopharmacologicum, MEDLINE.
- 2.- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third edition; Washington DC; American Psychiatric Association, 1980.
- 3.- McFarlane A. The phenomenology of posttraumatic stress disorders following a natural disaster. J Nerv Ment Dis 1988; 176:22-29.
- 4.- Hidalgo R, Davidson J. Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and health related considerations. J Clin Psychiatry 2000; 61 (Suppl 7) 5-13.
- 5.- Atkinson RM, Sparr LF, Sheff AG. Diagnosis of post-traumatic stress disorder in vietnam veterans: preliminary findings. Am J Psychiatry 1984; 141: 694-696.
- 6.- Van Kampen M, Watson CG, Tilleskjoer C, et al. The definition of posttraumatic stress disorder in alcoholic vietnam veterans. Are the DSM-III diagnostic criteria necessary and sufficient?. J Nerv Ment Dis 1986; 174. 137-144.
- 7.- Ballenger J, Davidson J, Lecrubier Y. Focus on posttraumatic stress disorder. J clin Psychiatry 2000; 61 (suppl 5); 3-12.
- 8.- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Masson, cuarta edición, Washington DC; 1995.
- 9.- Breslau N., Davis GC, Andreski P. et al . Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young Adults. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:216-222.
- 10.- Breslau N, Davis GC, Andreski P, risk factors for PTSD- related trauma events; a prospective analysis. Am J Psychiatry 1995; 152: 529-535.

- 11.- Resnick HS, Kilpatrick DG; Dansky BS, et al. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in the national sample of women; *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 984-991.
- 12.- Breslau N, Davis GC, Peterson EL, et al. Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Arch Gen Psychiatry* 1997, 54: 81-87.
- 13.- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:1048-1060.
- 14.- Kessler R. Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (suppl 5); 4-12.
- 15.- Breslau N, Kessler RC, Chicoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55: 626-632.
- 16.- Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Posttraumatic stress disorder in the general population. *N england J Med* 1987, 317: 1630-1634.
- 17.- Davidson JRT, Hughes D, Blazer D, et al. Posttraumatic stress disorder in the community; an epidemiological study. *Psychol Med* 1991; 21: 1-19.
- 18.- Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 409-418.
- 19.- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, et al. *World Mental Health*. New York, NY; Oxford University Press; 1995.
- 20.- Husain SA, Nair J, Holcomb W, et al. Stress reactions of children and adolescents in war and siege conditions. *Am J Psychiatry*. 1998; 158: 1718-1719.
- 21.- Turner CF, Ku L, Rogers SM, et al. Adolescent sexual Behavior, drug use, and violence; increased reporting with computer survey technology; *Science* 1998; 280: 867-873.
- 22.- Shalev A, Freedman SA, Peri T. Et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 630-637.

- 23.- Brewin CR, Andrews B, Rose S, et al. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 360-366.
- 24.-Wagner D, Heinrichs M, Ehler V. Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1727-1732.
- 25.- Allodi F. Assessment and treatment of torture victims: a critical review. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179:4-11.
- 26.- Mollica TF, Wyshack G, Lavelle J. The psychological impact of war trauma and torture in Southeast Asian Refugees. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1567-1572.
- 27.- Weine SM, Becker DF, McGlashan TH, et al. Psychiatric consequences of "Ethnic cleansing": Clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 536-542.
- 28.- Bromet E, Sonnega A, Kessler RC. Risk factors for DSM-III-R PTSD: findings from the National Comorbidity Survey. *Am J Epidemiol* 1998; 147: 343-361.
- 29.- Green BL. Psychological research in traumatic stress: an update. *J Trauma Stress* 1994; 7: 341-362.
- 30.- Nishit P, Mechanic MB, Resick PA. Prior Interpersonal Trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *J Abnormal Psychol* 2000; 109(1): 20-25.
- 31.- Simon RI. Chronic posttraumatic stress disorder: a review and check list of factors influencing prognosis. *Harv Rev Psychiatry* 1999; 6 : 304-312.
- 32.- Herman JL. Complex PTSD: a Syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992; 5: 377-391.
- 33.- van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, et al. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *Am J Psychiatry* 1996; 153 (suppl 7): 83-93.

- 34.- Pelcovitz D, van der Kolk BA, Roth S, et al. Development of a criteria set a Structured interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *J Trauma Stress* 1997; 10: 3-15.
- 35.- Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss day *Psychol Med* 1997; 27 : 861-873.
- 36.-Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, et al. Social consequences of psychiatric disorders, I : educational attainment. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1026-1032.
- 37.- Kessler RC, Berglund PA, Foster CL, et al. Social consequences of psychiatric disorders , II: teenage parenthood. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1405-1411.
- 38.- Kessler RC Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1092-1096.
- 39.- Kessler RC, Zhao S, Katz SJ, et al. Past year use of outpatient services for psychiatric problems in the National comorbidity survey. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 115-123.
- 40.- Davidson JRT, Swartz M, Stork M, et al. A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 90-93.
- 41.- Sierles FS, Chen J; Mcfarland RE, et al . Posttraumatic stress disorder and con current psychiatric illness: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 1177-1179.
- 42.- Green BL, Lindy JD, Grace MC, et al. Multiple Diagnosis in posttraumatic stress disorder: the role of war stressors. *J Nerv Men Dis* 1989; 177: 329-335.
- 43.- Shore JH, Vollmer WM, Tatum EI. Community patterns of posttraumatic stress disorders. *J Nerv Men Dis* 1989; 177: 681-685.
- 44.- Engdahl B, Dikel TN, Eberly R, et al. The comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1740-1745.
- 45.- Brady K, Killeen T, Brewerton T, Lucerini S. Comorbidity of Psychiatric Disorders and Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (suppl 7): 22-32.

- 46.- Kraemer CK, Kazdin AE, Offord DR, et al. Coming to terms with the terms of risk. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 337-343.
- 47.- Cashman LC, Molnar E, Foa B. Comorbidity of DSM-III-R Axis I y II disorders with acute and chronic post-traumatic stress disorder. Presented at the 29th annual convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Washington, DC;1995. MEDSCAPE.
- 48.- Bremner J, Southwick S, Darneli A, et al. Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. Am J Psychiatry 1996; 153: 369-375.
- 49.- Zlotnick C, Warshaw M, Shea MT, et al. Chronicity in post-traumatic stress disorder (PTSD) and predictors of course of comorbid PTSD in patients with anxiety disorders. J Trauma Stress 1999; 12: 89-100.
- 50.- Blanchard EB, Buckley TC, Hickling E, et al. Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: is the correlation an illusion?. J Anxiety Disord 1998; 2: 21-37.
- 51.- Bleich A, Koslowsky M, Dolev A. Posttraumatic stress disorder and depression. Br J Psychiatry 1997; 170: 479-482.
- 52.- Freedman S, Brandes D, Peri T. Predictors of chronic posttraumatic stress disorder. Br J Psychiatry 1999; 174:353-359.
- 53.- Shalev AY, Sahar T, Freedman S, et al. A prospective study of heart rate responses following trauma and the subsequent development of PTSD. Arch Gen Psychiatry 1988; 55: 553-559.
- 54.- Blanchard DD, Weathers FW, Nagy LM, et al. Who develops PTSD from motor vehicle accidents?. Behaviour Research Therapy 1996; 34: 1-10.
- 55.- Wozniak J, Crawford MH, Biederman J, et al. Antecedents and complications of trauma boys with ADHD; findings from a longitudinal study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 48-55.

- 56.- Wonderlich SA, Brewerton TD, Jovic Z, et al., Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1107-1115.
- 57.- Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K, et al. Suicidal behavior after severe trauma, part 1: PTSD diagnoses, psychiatric. *J Trauma Stress* 1998;11:103-112.
- 58.- Kessler RC, Borges B, Walters EE. Prevalence and Risk factors of lifetime suicide attempts in the National Comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 617-626.
- 59.- Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997; 27: 1101-1119.
- 60.- Orsillo SM, Heimberg RG, Juster HR, et al Social Phobia and PTSD in Vietnam veterans. *J Trauma Stress* 1996; 9: 235-252.
- 61.- Falsetti SA, Resnick HS. Frequency and severity of panic attack symptoms in a treatment seeking sample of trauma victims. *J Trauma Stress* 1997; 10: 683-689.
- 62.- Crowson JJ, Frueh BC, Biedel DC, et al. Self-reported symptoms of social anxiety in a sample of combat veterans with posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord* 1998; 12: 605-612.
- 63.- Cottler L, Compton W, Mager D, et al. Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *Am J Psychiatry* 1992;149: 664-670.
- 64.- Grice DE, Dustan LR, Brady KT, et al. Assault, substance abuse, and Axis I comorbidity. *Am J Addict* 1995;4:1-9.
- 65.- Chilcoat HD, Breslau N. Posttraumatic stress disorder and drug disorders: testing causal pathways. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:913-917.
- 66.- Mueser K, Trumbetta S, Rosenberg JM. Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:493-499.

- 67.- Shaw K, McFarlane A, Bookless C. The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:434-441.
- 68.- David D, Kutcher GS, Jackson EI. Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60:29-32.
- 69.- Hamner M, Frueh C, Ulmer H, et al. Psychotic features and illness severity in combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 1999;45:846-852.
- 70.- Hamner MB, Gold PB. Plasma dopamine beta-hydroxylase activity in psychotic and non-psychotic post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Res* 1998; 77: 175-181.
- 71.- Psychotic subtyping of major depressive disorder and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 311-314.
- 72.- Rorty M, Yager J. Histories of childhood trauma and complex posttraumatic sequelae in women with eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19:773-791.
- 73.- Freud S. On the psychological mechanism of hysterical phenomenon: preliminary communication. In: Strachey J, trans-ed. *The Standardized Edition of the complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol 3. London, England: Hogarth Press; 1962: 224-314.
- 74.- Andresky P, Chilcoat H, Breslau N. Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Res* 1998; 79:131-138.
- 75.- Beckham JC, Moore SD, Feldman ME, et al. Health status, somatization, and severity of posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1565-1569.
- 76.- Lipschitz D. Posttraumatic stress disorder in hospitalized adolescents: psychiatric comorbidity and clinical correlates. *J Psychosom Res* 1999; 43: 385-392.

- 77.- Rogers MP, Weinshenker NJ, Warshaw MG, et al. Prevalence of somatoform disorders in a large sample of patients with anxiety disorders. *Psychosomatics* 1996; 37: 17-22.
- 78.- Browman E, Markland O. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 57-63.
- 79.- Heim C, Elhert U, Hanker JP, et al. Abused- related posttraumatic stress disorder and alterations of the hypothalamic-pituitary- adrenal axis in women with chronic pelvic pain. *Psychosom Med* 1998; 60: 309-318.
- 80.- Carlier IV, Lamberts RD, Fouwels AJ, et al. PTSD in relation to dissociation in traumatized police officers. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1325-1328.
- 81.- Chu JA, Frey LM, Ganzel BL, et al. Memories of childhood abuse: dissociation, amnesia, and corroboration. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 749-755.
- 82.- Cloitre M, Scarvalone P, Difede JA. Posttraumatic stress disorder, self-and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *J Trauma Stress* 1997; 10: 437- 452.
- 83.- Dancu CV, Riggs DS, Hearst- Ikeda D, et al. Dissociative experiences and posttraumatic stress disorder among female victims of criminal assault and rape. *J Trauma Stress* 1996; 9: 253-267.
- 84.- Shalev A., Peri T, Canetti L, et al. Predictors of PTSD in injured Trauma survivors: A prospective study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 219-225.
- 85.- Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE, et al. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 902-907.

- 97.- Pitman RK, Orr SP, Forgue DF, et al. Psychophysiologic assessment of posttraumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 970-975.
- 98.- Rainey JM, Aleem A, Ortiz A, et al. Laboratory procedure for the inducement of flashbacks. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1317-1319.
- 99.- Southwick SM, Cristal JH, Morgan A, et al. Abnormal noradrenergic function in post traumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 266-274.
- 100.- Kolb LC. Neurophysiological hipótesis explaining posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1987;144: 989-995.
- 101.- Shalev AY, Orr SP, Peri T, et al. Physiologic responses to loud tones in Israeli patients with post-traumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 870-875.
- 102.- Ornitz EM, Pynoos RS. Startle modulation in children with post-traumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 866-870.
- 103.- McFarlane AC, Weber DL, Clark CR. Abnormal stimulus processing in PTSD. *Biol Psychiatry* 1993; 34: 311-320.
- 104.- Saxe GN, Chinman G, Berkowitz R, et al. Somatization in patients with dissociative disorders. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1329-1334.
- 105.- Burgess AW, Hartmann CR, McCormack A. Abused to abuser: antecedents of socially deviant behavior. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1431-1436.
- 106.- Cole PM, Putman FW. Effect of incest on self and social functioning: a developmental psychopathology perspective. *J Consult Clin Psychol* 1991; 60: 174-184.
- 107.- De Bellis MD, Burke L, Trickett PK, et al. Antinuclear antibodies and thyroid function in sexually abused girls. *J Trauma Stress* 1996; 9: 369-378.

- 108.- De Bellis MD, Lefter L, Trickett PK, et al. Urinary catecholamines excretion in sexually abused girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:320-327.
- 109.- Bremner JD, Randall P, Scott TM, et al. MRI-based measure of hippocampal volume in patients with PTSD. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 973-981.
- 110.- Rauch S, van der Kolk BA, Fisler R, et al. A symptom provocation study using positron emission tomography and script driven imagery. *Arch Gen Psychiatry*, 1996; 52:380-387.
- 111.- Shin LM, Kosslyn SM, McNally RJ, et al. Visual imagery and perception in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 233-241.
- 112.- Squire LR, Zola-Morgan S. The medial temporal lobe memory system. *Science* 1991; 253: 2380-2386.
- 113.- Takuya S. The Hippocampus and Stress related disorders. XXIIInd Congress of the Collegium Internationale Neuro- Psychopharmacologicum. MEDSCAPE.
- 114.- Arehart- Treichel J. Stress More Toxic to Brain Than Reseachers Thought. *Psychiatric News* 2000; 19.
- 115.- Eichenbaum H. Conscious awareness, memory and the hippocampus. *Nature Neuroscience*. Vol 2, No. 9, pp. 775-776. Septiembre 2001.
- 116.- Ritter S, Pelzer NL, Ritter RC. Absence of glucoprovic feeding after stress suggest impairment of noradrenergic neuron function. *Brain Res* 1978; 149: 399-411.
- 117.- Weiss JM, Bailey J, Glazer HI. Effects of acute exposure to stressors on subsequent avoidance- escape behavior. *Psychosom Med* 1975; 37: 499-521.
- 118.- Weiss JM, Simson PG, Ambrose MJ, Webster A. y Hoffman LJ. Neurochemical basis of behavioral depression. In : *advances in Behavioral Medicine*, Vol 1, edited by E. Katkin and S. Maunch, pp. 233-275. JAI Press, Greenwich, Connecticut 1985.

- 119.- Gould E, Tanapat P. Stress and hippocampal neurogenesis. *Biol Psychiatry* 1999; 46: 1472-1479.
- 120.- Brandon DD, Kendall JW, Alman K, et al. Inhibition of dexamethasone binding to human glucocorticoid receptor by New World primate cell extracts. *Steroids*. 1995; 60: 463-466.
- 121.-Pratt WB, Toft DO. Steroid receptor interactions with heat shock protein and immunophilin chaperones. *Endocr Rev* 1997; 18: 302-360.
- 122.- Bremner JD. Does Stress Damage the Brain?. *Biol Psychiatry* 1999; 45: 797-805.
- 123.- Deuschle M, Schweiger U, Weber B, et al. Diurnal activity and pulsatility of the hypothalamus- pituitary- adrenal system in male depressed patients and healthy controls. *J Clin Endocrinol Metab*; 82: 234-238.
- 124.- Yehuda R, Southwick SM, Mason JW, et al. Interactions of the hypothalamic-pituitary- adrenal axis and the catecholaminergic system of the stress disorder. En : Guiller EL. Ed. *Biological Assesment and Treatment of PTSD*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1990.
- 125.- Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE, et al. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry* 1994; 151:902-907.
- 126.- Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, et al. Consensus Statement on Posttraumatic Stress Disorder From the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (suppl 5): 60-66.
- 127.- Hembree EA, Foa EB. Posttraumatic Stress Disorder: Psychological Factors and Psychosocial Interventions. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(suppl 7):33-39.

- 128.- Veronen LJ, Kilpatrick DG. Stress inoculation training for victims of rape: efficacy and differential findings. Presented at the 16th annual convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy; 1982; Los Angeles Calif.
- 129.- Shapiro F. Eye Movement desensitization and reprocessing procedure: from EMD to EMD/R-A, new treatment model for anxiety and related trauma. *Behav Ther* 1991; 5: 128-133.
- 130.- Keane TM, Fairbank JA, Caddell JM, et al. Implosive (Flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behav Ther* 1989; 20: 245-260.
- 131.- Cooper NA, Clum GA. Imaginal Flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: a controlled study. *Behav Ther* 1989; 20: 381-391.
- 132.- Resick PA, Jordan CG, Girelli SA, et al. A comparative victim study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behav Ther* 1988; 19: 385-401.
- 133.- Foa EB, Rothbaum BO, Riggs D, et al. Treatment of PTSD in rape victims: a comparison between cognitive- behavioral procedures and counseling. *J Consult Psychol* 1991; 59: 715-723.
- 134.- Foa EB, Dancu CV, Hembree E, et al. The efficacy of exposure therapy, stress inoculation training and their combination in ameliorating PTSD for female victims of assault. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 194-200.
- 135.- Resick PA, Nishith P, Weaver T. Preliminary findings of a controlled trial comparing cognitive processing therapy and prolonged exposure. Presented at the 6th European Conference on Traumatic Stress; June 1999; Istanbul, Turkey.
- 136.- Foa EB. Psychosocial Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(suppl 5): 43-48.

- 137.- Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 748-756.
- 138.- Davidson JRT. Pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder: Treatment options, Long-Term Follow-up, and predictors of outcome. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(suppl 5): 52-56.
- 139.- Davidson J, Kudler H, Smith R, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 259-266.
- 140.- Kosten TR, Frank JB, Dan E, et al. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 366-370.
- 141.- Katz RJ, Lott MH, Arbus P, et al. Pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder with a novel psychotropic. *Anxiety* 1994-1995; 1: 169-174.
- 142.- Zisook S, Chentsova YE, Smith-Vaniz A, et al. Nefazodone in patients with treatment-refractory posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 203-208.
- 143.- Hertzberg MA, Butterfield MI, Feldman ME, et al. A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 1999; 45: 1226-1229.
- 144.- Lipper S, Davidson JRT, Grady TA, et al. Preliminary study of carbamazepine in post-traumatic stress disorder. *Psychosomatics* 1986; 27: 849-854.
- 145.- Fesler FA. Valproate in combat-related posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 361-364.
- 146.- van der Kolk BA, Dreyfuss D, Michaels M, et al. Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1994; 55:517-522.

- 147.- Connor KM, Sutherland SM, Tupler LA, et al. Fluoxetine in posttraumatic stress disorder: randomised, double-blind study. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 17-22.
- 148.- Marmar CR, Schoenfeld F, Weiss DS, et al. Open trial of Fluvoxamine treatment for combat- related posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(suppl 8): 66-70.
- 149.- Pearlstein T. Antidepressant treatment of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(suppl 7):40-43.
- 150.- Friedman M. Current and Future Drug Treatment for Posttraumatic stress disorder patients. *Psychiatr Ann* 1998;28: 461-468.
- 151.- Henney JE. Setraline approved for Posttraumatic Stress Disorder. *JAMA* 2000; 283(5) :596.
- 152.- Brady K, Pearlstein T, Asnis GM, et al. Efficacy and Safety of Sertraline Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 283 (14): 1837-1844.
- 153.- Gelpin E, Bonne O, Peri T, et al. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(suppl 9):390-394.
- 154.- Hamner MB. Clozapine treatment for a veteran with comorbid psychosis and PTSD (letter). *Am J Psychiatry* 1996; 153: 841.
- 155.- Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. *J clin Psychiatry* 2000; 61 (suppl 7): 14-21.
- 156.- Friedman MJ. What might the psychobiology of posttraumatic stress disorder teach us, about future approaches to pharmacotherapy? *J clin Psychiatry* 2000; 61 (suppl 7) : 44-51.

- 157.- Bremner JD, Licinio J, Darnell T, et al. Elevated CSF corticotropin-releasing factor concentrations in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 624-629.
- 158.- Morgan CA, Wang S, Southwick SM, et al. Plasma NPY in humans experiencing acute uncontrollable stress. *Biol Psychiatry*. In press.
- 159.- Southwick SM, Pige SR, Morgan CA, et al. Adrenergic and serotonergic abnormalities in PTSD; catecholamines and serotonin. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1999, 242-248 (Medline).
- 160.- Southwick SM, Krystal JH, Bremner JD et al. Noradrenergic and serotonergic function in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 749-758.
- 161.- Kinzie JD, Leung P. Clonidine in Cambodian patients with posttraumatic stress disorder. *J. Nerv Ment Dis* 1989; 177: 546-550.
- 162.- Yehuda R, Southwick SM, Krystal JH. Enhanced suppression of cortisol following a low dose of dexamethasone in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1993, 150: 83-86.
- 163.- Glover HA. Preliminary trial of nalmefene for the treatment of emotional numbing in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1993; 30 : 255-263.
- 164.- Wang S, Mason J. Elevations in serum T3 levels and their association with symptoms in World War II veterans with combat, related post-traumatic stress disorder, replication of findings in Vietnam combat veterans. *Psychosom Med* 1999; 61: 131-138.
- 165.- Foa EB, Kozack MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull* 1986; 99: 20-35.
- 166.- Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. A dual representational theory of post-traumatic stress disorder. *Psychol Rev* 1996; 103:670-686.

- 167.- Post RM, Weiss SRB, Li H, et al. Sensitization components of post-traumatic stress disorder: Implications for therapeutics. *Semin Clin Neuropsychiatry*, 1999; 4: 282-294.
- 168.- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini- International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) : The Dvelopment and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl 20): 22-33.
- 169.-Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Traumatic Stress* 1993; 6: 459-473.
- 170.- Almanza JJ, Páez F, Hernández M, Barajas G, Nicolini H. Traducción, confiabilidad y validez concurrente de dos escalas del trastorno por estrés postraumático. *Salud Mental* V. 1996; suppl 19: 2-4.
- 171.- Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, et al. A Clinician Rating Scale for Assessing Current and Lifetime PTSD: The CAPS-1. *The Behavior Therapist* 1990; 13: 187-188.
- 172.- Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, et al. The Development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress* 1995; 8 (No.1):75-90.

ANEXOS

I.- HOJA DE TAMIZAJE.

II.- M.I.N.I INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC.

III.- ESCALA DEL TRASTORNO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO- DSM IV (CAPS-1).

IV.- LISTA DE CHEQUEO DE EVENTOS (CAPS-1).

V.- ESCALA DE TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
(AUTOAPLICABLE).

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMON DE LA FUENTE"

EVALUACIÓN.

NOMBRE: _____
EXPEDIENTE: _____
EDAD: _____
ESTADO CIVIL: _____
ESCOLARIDAD: _____
OCUPACIÓN: _____
RELIGIÓN: _____
DELEGACIÓN O ESTADO Y CIUDAD DONDE RESIDA: _____

Debido a que convivimos en una ciudad tan violenta en la que día con día nos enteramos de hechos violentos que sufren personas próximas o ajenas a nosotros o bien a nosotros mismos: el objetivo es descubrir, si usted ha estado expuesto a alguno evento estresante, lo ha presenciado o le han contado de él, el cual le haya hecho sentir que estaba implicada alguna amenaza hacia su vida o integridad como persona o hacia la de sus familiares, entendiéndose como EVENTO ESTRESANTE un robo, asalto violento, violación, secuestro o cualquier otro acto violento.

Por lo anterior, le agradecemos de antemano su colaboración en este estudio.
INSTRUCCIONES:

¿Ha estado expuesta, presenciado o le han contado sobre algún evento estresante (ver arriba definición)?

SI NO.

* Si ha contestado afirmativamente la pregunta anterior, escoja el tipo de estresante al cual se ha expuesto. (puede escoger más de una opción).

- a).- Asalto a usted o algún familiar o persona cercana a usted.
- b).- Violación a usted o algún familiar o persona cercana a usted.
- c).- Agresión violenta a usted o algún familiar o persona cercana a usted.
- d).- Secuestro a usted o algún familiar o persona cercana a usted.
- e).-Otros.
- f).- Ninguno. (fin de la evaluación GRACIAS).

* Especifique de manera breve el tipo de evento estresante diferente a los anteriores de haber contestado el inciso "E".

* ¿ Ha estado expuesto a más de un evento estresante? Especifique el numero y la distribución de ellos (ejemplo: " Una violación y un robo con arma de fuego en donde me secuestraron por varias horas").

* ¿ Le ha producido algún tipo de TRAUMA o SECUELA dicho evento a usted de manera psicológica o física?

SI NO.

Marque con una cruz entre SI y NO. De contestar afirmativamente dele un numero a la frecuencia y la severidad de acuerdo con la siguiente especificación.

FRECUENCIA.

0 = Nada.

1 = Solamente una vez a la semana

2 = 2 a 3 veces a la semana.

3 = 4 a 6 veces a la semana.

4 = Todos los días

SEVERIDAD.

0 = Sin malestar.

1 = Con malestar mínimo.

2 = Con malestar moderado.

3 = Con malestar marcado.

4 = Con malestar extremo.

- ¿Ha tenido usted alguna vez imágenes dolorosas, memorias o pensamientos del evento?
No. Si. Frecuencia: _____ Severidad: _____
- ¿Ha tenido usted alguna vez , pesadillas o sueños desagradables sobre el evento?.
No. Si. Frecuencia : _____ Severidad : _____
- ¿Ha estado usted alguna vez con malestar , disgustado o nervioso por algo que le recuerdo el evento?
No. Si Frecuencia : _____ Severidad: _____
- ¿Ha estado usted evitando algunos pensamientos o sentimientos acerca del evento?
No. Si Frecuencia : _____ Severidad : _____
- ¿Ha estado usted evitando hacer cosas o entrar en situaciones que le hagan recordar el evento?
No. Si. Frecuencia : _____ Severidad : _____
- ¿Ha tenido usted dificultad para disfrutar de las cosas o situaciones en su vida diaria?
No. Si. Frecuencia : _____ Severidad : _____

TELEFONO DEL PACIENTE (llenado por el médico): _____

FECHA DE LA CONSULTA : _____

M.I.N.I.

**Mini International Neuropsychiatric
Interview**

Spanish version (South and Central America) 5.0.0

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa - USA.

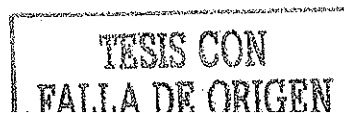
Spanish version translated by :
L.Ferrando, L.Franco-A, M.Soto, J.Bobes, O Soto, L. Franco, J.Gibert
Instituto IAP - Madrid - SPAIN

Adaptation for South and Central America
G. Heinze
Instituto Mexicano de Psiquiatría. México. México

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

MINI 5.0.0 Spanish - South and Central America version/ DSM-IV / current (January 2000)

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) ; D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)



Todos los derechos están reservados. Este documento no puede ser reproducido o transmitido, ni total, ni parcialmente, en forma alguna, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Los investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas (como universidades, hospitales, organismos gubernamentales) pueden hacer copias simples del M.I.N.I. con el fin de utilizarlo en el marco estricto de sus actividades clínicas y de investigación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **PROTOCOLO NÚMERO:** _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ **Hora de comienzo:** _____
ENTREVISTA REALIZADA POR: _____ **Hora final:** _____
FECHA DE LA ENTREVISTA: _____ **DURACION TOTAL:** _____

MINI 3.0.0 / versión en español / DSM-IV / actual

MODULOS	PERIODOS EXPLORADOS	
A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 últimas semanas) + vida entera	
A'. EDM con rasgos melancólicos	Actual (2 últimas semanas)	<u>Opcional</u>
B. DISTIMIA	Actual (2 últimos años)	
C. RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	
D. EPISODIO (HIPO-)MANIACO	Actual + vida entera	
E. TRASTORNO POR ANGUSTIA	Actual (último mes) + vida entera	
F. AGORAFOBIA	Actual	
G. FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)	
H. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	Actual (último mes)	
I. ESTADO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	<u>Opcional</u>
J. ALCOHOL (DEPENDENCIA /ABUSO)	Actual (12 últimos meses)	
K. DROGAS (DEPENDENCIA /ABUSO)	Actual (12 últimos meses)	
L. TRASTORNOS PSICÓTICOS	Actual + vida entera	
M. ANOREXIA NERVIOSA	Actual (3 últimos meses)	
N. BULIMIA	Actual (3 últimos meses)	
O. ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (6 últimos meses)	
P. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	Vida entera	<u>Opcional</u>

MINI 3.0.0 Spanish - South and Central America version/ DSM-IV / current (January 2000)
 Y. Lecrubier, E. Weller, T. Merquies, P. Amorim, L.J. Bowden, J.P. Lepine (INSERM-PARIS, FRANCE) / O. Shochan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Shochan, E. Kempf, M. Sheehan (University of South Florida-TALLAHASSEE, USA)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INSTRUCCIONES GENERALES

La M.I.N.I. (DSM-IV) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (promedio de 18.7 min. \pm 11.6 min.; media de 15 minutos), que explora de manera estructurada los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). La M.I.N.I. puede ser utilizada por clínicos después de una corta formación. Los entrevistadores no clínicos, deben recibir una formación más intensiva.

• Entrevista :

Con el fin de reducir lo más posible la duración de la entrevista, se informa al paciente de que se va a realizar la entrevista clínica de una manera más estructurada de lo habitual, indicándole que se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y que se esperan de él/ ella respuestas de si o no.

• Presentación :

La M.I.N.I. esta dividida en módulos identificados por letras. Cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo «Trastornos psicóticos»), se presentan en un recuadro gris, una o varias pregunta(s) / filtro(s) correspondientes a los criterios principales del trastorno.
- Al final de cada modulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

• Convenios :

Las frases escritas en «letras minúsculas» deben leerse al paciente "palabra por palabra" con el fin de estructurar la exploración de cada uno de los criterios diagnósticos.

Las frases escritas en «MAYUSCULAS» no deben de leerse al paciente. Son las instrucciones a las que el clínico debe referirse para integrar a lo largo de la entrevista todos los algoritmos diagnósticos.

Las frases escritas en «negrita» indican el periodo de tiempo que se explora. Se invita al clínico a que las lea tantas veces como sea necesario en el transcurso de la exploración sintomática y a no tener en cuenta más que los síntomas que hayan estado presentes en este periodo.

Las frases escritas entre (paréntesis) son ejemplos clínicos que describen los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

Cuando los términos están separados por una barra (/), se invita al clínico a considerar el criterio que corresponda al síntoma presentado por el paciente y que ya ha sido explorado anteriormente (por ej. pregunta A3).

Las respuestas con una flecha (\rightarrow) encima, indican, que no se reúne uno de los criterios necesarios para establecer el diagnóstico explorado. En este caso el clínico debe pasar directamente al final del módulo, enmarcar «NO» en la casilla diagnóstica correspondiente y pasar al modulo siguiente.

• Instrucciones de anotación :

Todas las preguntas efectuadas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de cada una de las preguntas, enmarcando SI o NO en función de la respuesta del paciente.

El clínico debe asegurarse de que cada uno de los terminos formulados en la pregunta ha sido tenido en cuenta por el sujeto en su respuesta (en particular: los criterios de duración, frecuencia y las alternativas y / o).

Los síntomas imputables a una enfermedad física o al consumo de medicamentos, drogas o alcohol, no deben codificarse SI. La M.I.N.I. Plus que es una versión más detallada, explora estos diferentes aspectos.

Si usted tiene preguntas o sugerencias, si desea ser informado de la utilización de la M.I.N.I. o si quiere estar informado de las actualizaciones, puede contactar con:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47. Boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00

e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788
USA

phone: +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575

e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

Gerardo HEINZE
Instituto Mexicano de Psiquiatria
Calz. México-Xochimilco 101
Col. San Lorenzo Huipulco
14370 México
MEXICO

Tel: +52 5 655 28 11
Fax: + 52 5 655 04 11

e-mail: heinzemg@imp.edu.mx



A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

- A1 En el transcurso de las dos últimas semanas, se ha sentido particularmente triste, decaído(a), la mayor parte del tiempo, a lo largo del día y esto es casi todos los días? NO SI 1
- A2 En el transcurso de las dos últimas semanas, ha tenido, casi todo el tiempo, el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer en cosas que habitualmente le agradaban? NO SI 2
- ¿A1 O A2 SE HAN CODIFICADO SI? NO SI

- A3 En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se sentía decaído y/o sin interés por la mayor parte de cosas:
- a ¿Se modificó su apetito notablemente, o ganó o perdió peso, sin tener esa intención (variaciones en el último mes de +/- 5 % del peso corporal ó +/- 3.5 Kgr ó +/- 8 libras para una persona de 65 Kgr/120 libras)? CODIFICAR SI, SI UNA U OTRA SON AFIRMATIVAS NO SI 3
- b ¿Casi todas las noches, tenía problemas de sueño (dificultades para quedarse dormido, despertares nocturnos o precoces, sueño excesivo)? NO SI 4
- c ¿Casi todos los días, hablaba o se movía más lentamente de lo habitual, o por el contrario, se sentía agitado(a) y tenía dificultades para permanecer quieto? NO SI 5
- d ¿Casi todos los días, se sentía fatigado(a), sin energía? NO SI 6
- e ¿Casi todos los días, se sentía sin valor o culpable? NO SI 7
- f ¿Casi todos los días, tenía dificultades para concentrarse o para tomar decisiones? NO SI 8
- g ¿Tuvo en varias ocasiones ideas negras como pensar que sería mejor estar muerto(a) o en hacerse daño? NO SI 9

A4 ¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN A3 (o 4 si A1 O A2 SE HAN CODIFICADO NO)

NO	SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL:

- A5a ¿En el transcurso de su vida, ha tenido otros periodos, de dos o más semanas en los que se haya sentido decaído(a) o sin interés por la mayor parte de cosas y en los que haya tenido los problemas de los que estamos hablando? → NO SI 10
- b ¿Entre el episodio actual y su último episodio depresivo, ha tenido un intervalo sin depresión de al menos dos meses? NO SI 11

¿A5b SE HA CODIFICADO SI?

NO	SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR PASADO	

A'. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON RASGOS MELANCÓLICOS (opcional)

SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A4 = SI), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A6 a	¿A2 SE HA CODIFICADO SI?	NO	SI	12
b	¿Durante el periodo más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de respuesta ante las cosas que previamente le agradaban o le animaban?	NO	SI	13
	SI NO: ¿Cuando sucedía algo agradable, le hacía sentirse mejor aunque solo fuera temporalmente?			
	¿A6a O A6b SE HAN CODIFICADO SI?	NO	SI	
<p>* En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se sentía decaído y/o sin interés por la mayor parte de cosas:</p>				
A7 a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SI	14
b	¿Casi todos los días, generalmente, se sentía peor por la mañana?	NO	SI	15
c	¿Casi todos los días, se despertaba, al menos 2 horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SI	16
d	¿A3c SE HA CODIFICADO SI?	NO	SI	17
e	¿A3a SE HA CODIFICADO SI?	NO	SI	18
f	¿Se sentía culpable en exceso o de forma desproporcionada con la situación real?	NO	SI	19

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN A7?

NO	SI
<p>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR con Rasgos Melancólicoss ACTUAL</p>	

B. DISTIMIA

NO EXPLORAR ESTE MODULO SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL

B1	¿Durante los dos últimos años, se ha sentido triste o decaído la mayor parte del tiempo?	→ NO	SI	20
B2	¿Durante este periodo, ha llegado a sentirse bien durante dos meses seguidos o más?	NO	→ SI	21
B3	Durante este periodo en el que se ha sentido deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Ha cambiado su apetito significativamente?	NO	SI	22
b*	¿Ha tenido dificultades para dormir o sueño excesivo?	NO	SI	23
c	¿Se ha sentido fatigado o sin energía?	NO	SI	24
d	¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	NO	SI	25
e	¿Ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI	26
f	¿Se ha sentido desesperanzado?	NO	SI	27
	¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN B3 ?	→ NO	SI	
B4	¿Estos síntomas depresivos le causaron un malestar significativo o dificultaron su capacidad laboral, social, o de alguna otra forma importante?	→ NO	SI	28

¿B4 SE HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
DISTIMIA ACTUAL	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C. RIESGO DE SUICIDIO

Durante este último mes:

- | | | | | |
|----|--|----|----|---|
| C1 | ¿Ha pensado que sería mejor morir o ha deseado estar muerto? | NO | SI | |
| C2 | ¿Ha querido hacerse daño? | NO | SI | 2 |
| C3 | ¿Ha pensado en el suicidio? | NO | SI | 3 |
| C4 | ¿Ha planeado suicidarse? | NO | SI | 4 |
| C5 | ¿Ha intentado suicidarse? | NO | SI | 5 |

A lo largo de su vida:

- | | | | | |
|----|--------------------------------------|----|----|---|
| C6 | ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? | NO | SI | 6 |
|----|--------------------------------------|----|----|---|

¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI?

SI SI. ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO COMO SIGUE:

- C1 o C2 o C6 = SI : LIGERO
- C3 o (C2 + C6) = SI : MODERADO
- C4 o C5 o (C3 + C6) = SI : ALTO

NO	SI
RIESGO DE SUICIDIO ACTUAL	
LIGERO	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
ALTO	<input type="checkbox"/>

D. EPISODIO (HIPO-) MANIACO

- D1 a. ¿Ha tenido alguna vez, un periodo de tiempo en el que se sintiera con el ánimo tan exaltado o eufórico, o tan lleno de energía, o tan seguro de usted mismo que le supusiera problemas, o bien, en el que otras personas pensarán que no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en los que estuviese intoxicado por drogas o por alcohol). NO SI 1
- SI EL PACIENTE NO ENTIENDE BIEN LA PREGUNTA ACLARARLA:
"Es decir, tenía el humor elevado, mayor energía, menos necesidad de dormir, pensamientos rápidos, estaba lleno de ideas, aumento su productividad, su creatividad, su motivación o su comportamiento impulsivo"
- SI SI
- b. ¿Se siente, en este momento, exaltado(a) o lleno(a) de energía NO SI 2
- D2 a. ¿Ha tenido alguna vez, una irritabilidad persistente durante varios días, de tal forma que tenía discusiones, peleas, o gritaba con personas ajenas a su familia? ¿Habían notado, usted o los demás, que estaba más irritable o que reaccionaba exageradamente, en comparación con otros, en situaciones que usted creía justificadas? (No considere periodos en los que estuviese intoxicado por drogas o por alcohol). NO SI 3
- SI SI
- b. ¿Actualmente, se siente excesivamente irritable? NO SI 4
-
- ¿D1a O D2a SE HAN CODIFICADO SI? NO SI

D3 SI D1B O D2B = SI : EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL
SI D1B Y D2B = NO EXPLORAR EL EPISODIO MÁS GRAVE

Quando se sentía exaltado(a), lleno de energía / irritable :

- a. ¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer? NO SI 5
- b. ¿Necesitaba dormir menos (ej. se sentía descansado con pocas horas de sueño)? NO SI 6
- c. ¿Hablaba demasiado, sin parar o tan de prisa que los demás tenían dificultades para comprenderle? NO SI 7
- d. ¿Sus pensamientos pasaban tan aprisa por su cabeza que no podía seguirlos bien? NO SI 8
- e. ¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que pensaba o hacía? NO SI 9
- f. ¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted.? NO SI 10

Spanish - South and Central America version: DSM-IV / current (January 2000)

© Lecomte, E. Wehler, F. Marquet, P. Amorin, L.L. Socata, J.P. Lapeere (INSERM-PARIS, FRANCE); O. Schoen, J. Janney, R. Baker, M.H. Schoen, E. Knapp, M. Saxe (University of South Florida-Tampa, USA)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

g

¿Deseaba tanto involucrarse en actividades placenteras que olvidaba sus riesgos y consecuencias (ej. gastos innecesarios, conducción arriesgada o actividades sexuales no habituales?)

NO SI 11

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN D3
O 4 SI D1a = NO (EPISODIO PASADO) O D1b = NO (EPISODIO ACTUAL) ?

→
NO SI

D4 ¿Estos síntomas duraron al menos una semana y le causaron problemas que no pudo controlar, en casa, el trabajo, los estudios, o en sus relaciones con los demás, o tuvo que ser hospitalizado(a) a causa de estos problemas?

NO SI 12

CODIFICAR SI, SI LA RESPUESTA ES SI EN UNA U OTRA

¿D4 HA CODIFICADO NO?

SI SI, ESPECIFICAR SI EL EPISODIO EXPLORADO ES ACTUAL O PASADO

NO	SI
EPISODIO HIPOMANIACO	
ACTUAL	—
PASADO	—

¿D4 HA CODIFICADO SI ?

SI SI, ESPECIFICAR SI EL EPISODIO EXPLORADO ES ACTUAL O PASADO

NO	SI
EPISODIO MANIACO	
ACTUAL	—
PASADO	—

E. TRASTORNO POR ANGUSTIA

E1 ¿Ha tenido en más de una ocasión crisis o ataques, en los que súbitamente, se haya sentido ansioso(a), asustado(a), incómodo(a) o inquieto(a) en situaciones en las que la mayor parte de gente no se sentiría así? ¿Alcanzó su máximo dentro de los primeros 10 minutos? NO SI 1

CODIFICAR SI SÓLO SI LOS ATAQUES ALCANZARON SU PAROXISMO EN MENOS DE 10 MINUTOS

SI E1 = NO, ENMARCAR NO EN E5, Y PASAR DIRECTAMENTE A F1

E2 ¿Alguna vez, estas crisis aparecieron inesperadamente o sucedieron de manera impredecible o espontánea o sin ser provocados? NO SI 2

SI E2 = NO, ENMARCAR NO EN E5, Y PASAR DIRECTAMENTE A F1

E3 ¿Ha tenido alguna vez, una de estas crisis seguida de un mes o más con miedo persistente a tener otra crisis, o preocupado(a) por las consecuencias de la crisis? NO SI 3

SI E3 = NO, ENMARCAR NO EN E5, Y PASAR DIRECTAMENTE A F1

E4 Durante la peor crisis que puede recordar:

- a ¿Su corazón latía muy fuerte o más rápido? NO SI 4
- b ¿Tenía las manos sudorosas, o frías y húmedas? NO SI 5
- c ¿Tenía temblores o sacudidas musculares? NO SI 6
- d ¿Tenía dificultades para respirar o la impresión de asfixiarse? NO SI 7
- e ¿Tenía la impresión de ahogarse o de tener un nudo en la garganta? NO SI 8
- f ¿Notaba dolor, presión o una molestia en el pecho? NO SI 9
- g ¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarrea repentina? NO SI 10
- h ¿Se sentía aturdido(a), inestable, mareado(a) o a punto de desvanecerse? NO SI 11
- i ¿Sentía las cosas que le rodeaban extrañas, irreales, desconocidas o lejanas, o se sentía fuera o alejado, de parte o de todo su cuerpo? NO SI 12
- j ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco? NO SI 13
- k ¿Tenía miedo de morir? NO SI 14
- l ¿Tenía estremecimientos o entumecimientos? NO SI 15
- m ¿Tenía sofocaciones o escalofríos? NO SI 16

E5 ¿HAY AL MENOS 4 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN E4? NO SI
 SI E5 = NO, PASAR A E7 *Trastorno por Angustia Vida entera*

E6 ¿En el transcurso de este mes ha tenido estas crisis en varias ocasiones (al menos 2 veces) seguidas de miedo persistente a tener otra? NO SI 17
 SI E6 = SI, PASAR A F1 *Trastorno por Angustia Actual*

E7 ¿HAY 1, 2 O 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN E4? NO SI 18

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

→ IR DIRECTAMENTE A LA(S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MÓDULO SIGUIENTE

Ataques

Paucisintomáticos vida entera

DSM-IV Spanish - South and Central America version/ DSM-IV / current (January 2000)

Y. Leznicher, S. Wehler, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Barona, J.P. Lézine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janney, R. Baker, K.M. Sheehan, E. Krupp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

F. AGORAFOBIA

F1 ¿Se siente ansioso o particularmente incómodo en lugares o en situaciones de las que es difícil escapar, o donde no sea posible obtener ayuda en caso de sentirse mal, como estar entre una multitud, o solo lejos de su casa o cuando esta solo en casa, o cuando cruza un puente, o viajando en autobús, tren o coche? NO SI 19

Si F1 = NO. ENMARCAR NO EN F2

F2 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita compañía para afrontarlas? NO SI 20
Agorafobia Actual

¿F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO NO
 y
 E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
TRASTORNO POR ANGUSTIA sin Agorafobia ACTUAL	

¿F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI
 y
 E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
TRASTORNO POR ANGUSTIA con Agorafobia ACTUAL	

¿F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI
 y
 E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO NO ?

NO	SI
AGORAFOBIA sin antecedentes de Trastorno por Angustia ACTUAL	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

G. FOBIA SOCIAL

G1	¿Durante el último mes, estuvo temeroso o incómodo por ser el foco de atención o temió ser humillado? Esto incluye situaciones como hablar en público, comer con otros o en público, escribir mientras alguien mira o estar en situaciones sociales	→ NO	SI	1
G2	¿Es este miedo excesivo o irrazonable?	→ NO	SI	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones que las evita o sufre en ellas?	→ NO	SI	3
G4	¿Este miedo dificulta su trabajo normal, sus funciones sociales o le produce un malestar significativo?	NO	SI	4

¿G4 HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
<i>FOBIA SOCIAL ACTUAL</i>	

H. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

H1 ¿Durante el último mes, le han molestado pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes indeseados, desagradables, inadecuados, intrusivos o molestos? (ej. la idea de que estaba sucio, contaminado o tenía gérmenes, o el temor de contaminar a otros, o el miedo de hacer daño a alguien sin querer, o el temor de actuar en función de algún impulso, o miedos o supersticiones de ser responsable de cosas erróneas, u obsesiones con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, u obsesiones de atesorar, coleccionar o religiosas)

NO SI 1

(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA, NI OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, LA CONDUCTA SEXUAL, EL JUEGO PATOLÓGICO O EL ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS, YA QUE EL PACIENTE PUEDE OBTENER PLACER DE ESTAS ACTIVIDADES Y PUEDE QUERER EVITARLAS SOLO POR SUS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)

SI H1 = NO, PASAR A H4

H2 ¿Estos pensamientos volvían a su mente aunque trataba de ignorarlos o librarse de ellos?

NO SI 2

SI H2 = NO, PASAR A H4

H3 ¿Piensa que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no son impuestos desde el exterior?

NO SI 3

H4 ¿Durante el último mes, ha hecho algo repetidamente, sin poder evitarlo, como lavar o limpiar en exceso; contar o verificar cosas una y otra vez; repetir, almacenar u ordenar cosas u otros rituales supersticiosos

NO SI 4

¿H3 O H4 HAN CODIFICADO SI ?

→
NO SI

H5 ¿Piensa que estas ideas obsesivas y/o las conductas repetitivas son irrazonables, absurdas o desproporcionadas?

→
NO SI 5

H6 ¿Estas obsesiones o compulsiones interfieren en su rutina normal, sus actividades cotidianas, sus actividades sociales, o en sus relaciones o le ocupaban más de una hora diaria?

NO SI 6

¿H6 HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO ACTUAL	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. ESTADO DE ESTRES POST-TRAUMÁTICO (opcional)

11	¿En alguna ocasión se ha enfrentado o ha experimentado un acontecimiento extremadamente traumático, en el curso del cual otras personas han muerto y/o otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física EJ. DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTE GRAVE, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO, INCENDIO, DESCUBRIMIENTO DE UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA EN EL ENTORNO, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL.	→ NO	SI	1
12	¿Durante el último mes, ha revivido de manera penosa este acontecimiento (ej. sueños, recuerdos intensos, visiones o reacciones físicas)?	→ NO	SI	2
13	Durante el último mes:			
a	¿Ha evitado pensar en este acontecimiento o en las cosas que se lo pudiesen recordar?	NO	SI	3
b	¿Se siente mal al recordar alguna parte importante de lo que sucedió?	NO	SI	4
c	¿Ha disminuido su interés en cosas que le agradaban o en actividades sociales?	NO	SI	5
d	¿Se siente alejado o extraño con respecto de los demás?	NO	SI	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos se han bloqueado?	NO	SI	7
f	¿Ha sentido como si su vida se hubiese empobrecido debido a este trauma?	NO	SI	8
	¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN I3 ?	→ NO	SI	
14	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido dificultades para dormir?	NO	SI	9
b	¿Ha estado especialmente irritable o ha tenido crisis de enojo?	NO	SI	10
c	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	NO	SI	11
d	¿Ha estado nervioso o en alerta constante?	NO	SI	12
e	¿Se sobresaltaba por cualquier cosa?	NO	SI	13
	¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN I4 ?	→ NO	SI	
15	¿Durante el último mes, estos problemas han interferido en su trabajo o sus actividades sociales o le han causado un profundo malestar?	NO	SI	14

¿I5 HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
ESTADO DE ESTRES POST-TRAUMÁTICO ACTUAL	

J. DEPENDENCIA Y ABUSO DEL ALCOHOL

J1 ¿Durante los últimos 12 meses ha tomado 3 ó más bebidas alcohólicas en menos de 3 horas en 3 ó más ocasiones? → NO SI 1

J2 Durante los últimos 12 meses:

- a ¿Ha necesitado beber más cantidad de alcohol para lograr los mismos efectos que cuando comenzó a beber? NO SI 2
- b ¿Cuando ha reducido la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado? ¿Ha bebido para evitar estos síntomas o para evitar la resaca o cruda, p. ej. temblores, sudor, agitación?
CODIFICAR SI, SI ALGUNA ES AFIRMATIVA NO SI 3
- c ¿Cuando ha bebido alcohol, ha acabado bebiendo más de lo que en un principio se había planteado? NO SI 4
- d ¿Ha tratado de reducir o de dejar de beber alcohol pero ha fallado? NO SI 5
- e ¿Los días en los que ha bebido, ha empleado mucho tiempo en obtener alcohol, bebiendo y recuperandose de sus efectos? NO SI 6
- f ¿Debido a la bebida, ha empleado menos tiempo, trabajando, disfrutando de sus distracciones, en estar con los demás? NO SI 7
- g ¿Ha seguido bebiendo a pesar de saber que la bebida le causaba problemas de salud, físicos o mentales? NO SI 8

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN J2 ?

NO	SI
DEPENDENCIA ALCOHOLICA ACTUAL	

¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA ALCOHOLICA? → NO SI

J3 Durante los últimos 12 meses:

- a ¿Ha estado intoxicado, embriagado o con "resaca" o "cruda", en más de una ocasión cuando tenía otras responsabilidades, estudios, trabajo o en su casa? ¿Esto le ha ocasionado algún problema? NO SI 9
CODIFICAR SI SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS

→ IR DIRECTAMENTE A LA(S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MÓDULO SIGUIENTE

- b ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico, ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.?
- | | | |
|----|----|----|
| NO | SI | 10 |
|----|----|----|
- c ¿Ha tenido algún problema legal por haber bebido? (ej. arrestos o conductas delictivas)
- | | | |
|----|----|----|
| NO | SI | 11 |
|----|----|----|
- d ¿Ha seguido bebiendo aunque esto le haya ocasionado problemas con la familia o en su entorno?
- | | | |
|----|----|----|
| NO | SI | 12 |
|----|----|----|

¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI EN J3 ?

NO SI

**ABUSO DE ALCOHOL
ACTUAL**

K. TRASTORNOS LIGADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NO ALCOHOLICAS)

K1 Ahora voy a enseñarle/ leerle (ENSEÑAR LA LISTA DE SUSTANCIAS/ LEER LA SIGUIENTE LISTA), una lista de drogas y de medicamentos y usted me indicará si en el transcurso de los últimos 12 meses ha tomado en más de una ocasión alguno de estos productos con el propósito de sentirse mejor, cambiar de humor o de animarse.

→
NO SI

ENMARCAR CADA PRODUCTO CONSUMIDO:

Estimulantes : anfetaminas, «speed», Ritalín, píldoras adelgazantes.

Cocaína : cocaína, «coke», crack, «speedball».

Opiáceos : heroína, morfina, opio, metadona, codeína, meperidina, fentanil.

Alucinógenos : L.S.D., «ácido», mescalina, PCP, «polvo de ángel», «hongos», éxtasis.

Inhalantes : «cemento», pegamento, éter.

• Cannabinoides : hachis, «hasch», THC, cannabis, «hierba», «shit», mota, grifa, pasto, etc.

Tranquilizantes : Valium, Tranquimazin, Halción, Lexotán, Orfidal, barbitúricos, Rohypnol ("reina").

Varios: Anabolizantes, Esteroides. ¿Toma otras sustancias?

ESPECIFICAR LA (O LAS) SUSTANCIA(S) MÁS CONSUMIDA(S): _____

ESPECIFICAR LO QUE SE EXPLORA A CONTINUACIÓN:

- SI CONSUME VARIAS SUSTANCIAS (AL MISMO TIEMPO O SECUENCIALMENTE): CADA SUSTANCIA O CLASE DE SUSTANCIAS POR SEPARADO, ÚNICAMENTE LA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS) MÁS CONSUMIDA. _____
- SI SOLO CONSUME UNA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS), ÚNICAMENTE UNA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS) _____

K2 Considerando su consumo de [NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS], en el transcurso de los 12 últimos meses:

- | | | | |
|---|---|------------|---|
| a | ¿Ha constatado que necesitaba tomar más cantidad de (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a tomarla? | NO SI | 1 |
| b | ¿Cuando reducía o dejaba de tomar drogas tenía síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, desfallecimiento, diarrea, náuseas, sudoración, palpitaciones, dificultades para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)?
¿Utilizaba otras cosas para evitar encontrarse mal (SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA), o para sentirse mejor?
CODIFICAR SI, SI ALGUNA ES AFIRMATIVA | NO SI | 2 |
| c | ¿Ha comprobado que cuando consumía, (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) terminaba tomando más de lo que era su intención? | NO SI | 3 |

- d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) pero no lo ha conseguido? NO SI 4
- e ¿Los días que ha tomado (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) empleaba mucho tiempo (> de 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en ella(s)? NO SI 5
- f ¿Ha empleado menos tiempo trabajando, disfrutando de sus distracciones, o estando con su familia o amigos por tomar droga? NO SI 6
- g ¿Ha seguido tomando (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) a pesar de saber que esto le causa problemas de salud o mentales?? NO SI 7

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN K2 ?

ESPECIFICAR LA (S) SUSTANCIA(S) :

NO	SI
<i>DEPENDENCIA de SUSTANCIA(S) ACTUAL</i>	

¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA A SUSTANCIA(S) ?

→
NO SI

K3 En el transcurso de los 12 últimos meses:

- a ¿Ha estado intoxicado, embriagado, crudo o con resaca, a causa de (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en el estudio, el trabajo o en su casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFICAR SI, SI ALGUNA ES AFIRMATIVA NO SI 8
- b ¿Ha estado intoxicado por (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS), en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico (ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.?) NO SI 9
- c ¿Ha tenido algún problema legal por usar (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS), ej. atestos o conductas delictivas? NO SI 10
- d ¿Ha seguido utilizando (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) aunque esto le ocasionara problemas con su familia o con otras personas? NO SI 11

¿HAY AL MENOS 1 SI EN K3 ?

ESPECIFICAR LA (LAS) SUSTANCIA(S) :

NO	SI
<i>ABUSO DE SUSTANCIA(S) ACTUAL</i>	

L. TRASTORNOS PSICÓTICOS

PEDIR UN EJEMPLO EN CADA PREGUNTA RESPONDIDA AFIRMATIVAMENTE SÓLO ANOTAR SI, SI LOS EJEMPLOS MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGAR SI LOS DELIRIOS SE CALIFICAN COMO "EXTRAÑOS"

LOS DELIRIOS SON "EXTRAÑOS" SI SON: CLARAMENTE IMPOSIBLES, ABSURDOS, INVEROSÍMILES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA HABITUAL.

LAS ALUCINACIONES SE ANOTAN COMO "EXTRAÑAS" SI: UNA VOZ COMENTA SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA O CUANDO DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE ELLAS

Ahora voy a preguntarle acerca de experiencias inhabituales o extrañas que pueden sucederles a algunas personas:

				BIZARRA	
L1 a	¿Ha tenido la impresión, alguna vez, de que la gente le espiaba, o que alguien conspiraba contra usted, o trataba de hacerle daño?	NO	SI	SI	1
b	SI SI : ¿Actualmente, tiene esta impresión?	NO	SI	SI → L6a	2
L2 a	¿Ha tenido la impresión, alguna vez, de que alguien estaba leyendo su mente o podía escuchar sus pensamientos o actualmente que usted puede leer o escuchar lo que otras personas están pensando?	NO		SI	3
b	SI SI : ¿Actualmente, tiene esta impresión?	NO		SI → L6a	4
L3 a	¿Ha creído alguna vez que alguien o alguna fuerza ajena a usted ponía en su mente, pensamientos que no eran suyos, o le hacía actuar de una manera que no era habitual en usted? ¿Ha tenido alguna vez la impresión de estar poseído?	NO		SI	5
b	SI SI : ¿Actualmente, cree estas cosas?	NO		SI → L6a	6
L4 a	¿Ha creído alguna vez que le eran enviados mensajes especiales a través de la televisión, la radio o los periódicos, o que una persona que no conocía personalmente estaba interesada particularmente en usted?	NO	SI	SI	7
b	SI SI : ¿Actualmente, cree estas cosas?	NO	SI	SI → L6a	8
L5 a	¿Tiene allegados o amigos que alguna vez han considerado alguna de sus ideas extrañas o inhabituales?	NO	SI	SI	9
	IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4. EJ: GRANDIOSIDAD, RUINA, CULPA.				
b	SI SI : ¿Actualmente, consideran extrañas sus ideas?	NO	SI	SI	10
L6 a	¿Ha escuchado alguna vez, cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SI	SI	11
	LAS ALUCINACIONES SE CODIFICAN COMO EXTRAÑAS SÓLO SI EL PACIENTE RESPONDE SI A LO SIGUIENTE:				
	¿Oía voces comentando sus pensamientos o su conducta, u oía voces hablando entre ellas?				
b	SI SI : ¿Le ha sucedido esto durante el último mes?	NO	SI	SI	12

Spanish - South and Central America version/ DSM-IV / current (January 2000)

V. Lecrubier, S. Weiller, Y. Mergueta, P. Amorim, L.L. Bouloz, J.P. Lepine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Schohan, J. Janusz, R. Baker, K.M. Schohan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MINI SOC Spanish - South and Central America version/ DSM-IV / current (January 2000)

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Meriguet, P. Amorin, L.J. Bonaer, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Shochan, J. Janavs, R. Baker, K.M. Shochan, E. Kapp, M. Shochan (University of South Florida-TAMPA, USA)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

L7 a ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? NO SI 13
 CODIFICAR SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.

b Si SI: ¿Ha visto estas cosas durante el último mes? NO SI 14

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR:

L8 b ¿PRESENTA EL PACIENTE EN LA ACTUALIDAD INCOHERENCIAS, DISCURSO DESORGANIZADO O UNA MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES? NO SI 15

L9 b PRESENTA EL PACIENTE EN LA ACTUALIDAD CONDUCTA DESORGANIZADA O CATATÓNICA? NO SI 16

L10b ¿ HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA: POBREZA DE LENGUAJE (ALOGIA), APLANAMIENTO AFECTIVO O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN UNA ACTIVIDAD CON UNA FINALIDAD DETERMINADA, EVIDENTES DURANTE LA ENTREVISTA? NO SI 17

L11 ¿DE L1 A L10, HAY AL MENOS
 UNA PREGUNTA «b» CODIFICADA SI EXTRAÑO
 O
 DOS PREGUNTAS «b» CODIFICADAS SI (NO EXTRAÑO) ?

NO	SI
<i>SINDROME PSICÓTICO ACTUAL</i>	

L12 DE L1 A L7, HAY AL MENOS
 UNA PREGUNTA «a» CODIFICADA SI EXTRAÑO
 O
 DOS PREGUNTAS «a» CODIFICADAS SI (NO EXTRAÑO) ?
 (VERIFICAR QUE LOS 2 SINTOMAS HAN APARECIDO AL MISMO
 TIEMPO)
 O
 L11 SE HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
<i>SINDROME PSICÓTICO VIDA ENTERA</i>	

L13a SI L11 SE HA CODIFICADO SI O SI HAY AL MENOS UN SI DE L1 A L7:

EL PACIENTE PRESENTA
 UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL O PASADO)
 O
 UN EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO) ?

→
 NO SI

b Si L13a CODIFICA SI:
 Anteriormente, me ha dicho que había tenido un periodo(s) en que se había sentido deprimido(a) / exaltado(a) / particularmente irritable. Las ideas o impresiones de las que estamos hablando (CITAR LOS SÍNTOMAS CODIFICADOS SI DE L1 A L7) han aparecido únicamente durante estos periodos en los que estaba deprimido(a)/ exaltado(a)/ irritable?

NO SI 18

¿L13b HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
<i>TRASTORNO DEL HUMOR CON RASGOS PSICÓTICOS ACTUAL</i>	

MINI 500 Spanish - South and Central America version/ DSM-IV / current (January 2000)

Y. Lecmbier, S. Weller, T. Hergesta, P. Amorin, L.L. Bonora, J.P. Lopic (INSERM-PARIS, FRANCE); O. Sheehan, J. Janney, R. Baker, K.M. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

141

M. ANOREXIA NERVIOSA

- M1 a ¿Cuanto mide usted? cm
- b ¿Durante los 3 últimos meses, cuál ha sido su peso mínimo? kg
- c ¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA? → NO SI 1
 VER TABLA DE CORRESPONDENCIAS AL FINAL DE LA PÁGINA

Durante los últimos 3 meses:

- M2 ¿A pesar de su bajo peso, ha evitado engordar? → NO SI 2
- M3 ¿Ha tenido miedo de ganar peso o de llegar a estar más gordo(a)? → NO SI 3
- M4 a ¿Se ha considerado gordo o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda? NO SI 4
- b ¿Influye mucho su peso o su figura en la opinión o la estima que usted tiene de si mismo? NO SI 5
- c ¿Ha pensado que su bajo peso actual era normal o excesivo? NO SI 6
- M5 ¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI EN M4 ? → NO SI
- M6 SÓLO PARA LAS MUJERES: ¿Durante los últimos tres meses, perdió todos sus periodos menstruales, aunque debiera de haberlos tenido (no estaba embarazada)? → NO SI 7

PARA LAS MUJERES : M5 Y M6 HAN CODIFICADO SI ?
 PARA LOS HOMBRES : M5 HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA DE CORRESPONDENCIAS TALLA – UMBRAL DE PESO MÍNIMO (SIN CALZADO , SIN ROPA)

TALLA (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Mujeres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Hombres	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(REDUCCION DE UN 15% EN RELACION CON EL PESO NORMAL)

MANUAL Spanish - South and Central America version/ DSM-IV / current (January 2000)

Y. Lecrubier, E. Weillor, T. Hergueta, P. Amerin, L.L. Suarez, J.P. Lapine (INSERM-PARIS, FRANCE) ; D. Shoemaker, J. Jones, R. Baker, K.H. Stroetin, S. Knopp, M. Stroetin (University of South Florida-TAMPA, USA)

N. BULIMIA

N1	¿Durante los 3 últimos meses, ha tenido crisis durante las que comía grandes cantidades de alimentos, en menos de 2 horas?	→ NO	SI	
N2	¿Durante los 3 últimos meses, se ha dado al menos 2 atracones por semana?	→ NO	SI	9
N3	¿Durante estas crisis sentía que su apetito estaba fuera de control?	→ NO	SI	10
N4	¿Hacia cualquier cosa para compensar o evitar ganar peso por estos atracones, como vomitar, ayunar, hacer ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos, píldoras adelgazantes u otras medicaciones?	→ NO	SI	11
N5	¿La opinión que tiene de sí mismo, está muy influida por su peso o sus formas corporales?	→ NO	SI	12
N6	¿PRESENTA EL PACIENTE ANOREXIA NERVIOSA?	NO	SI	13
SI N6 = NO, PASAR A N8				
N7	¿Estos atracones aparecen siempre que está por debajo de ____ kg* ?	NO	SI	14
* CONSIDERAR EL UMBRAL DE PESO MÍNIMO DEL PACIENTE EN LA TABLA DEL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA EN FUNCION DE SU TALLA				

N8 N5 HA CODIFICADO SI Y N7 HA CODIFICADO NO (O NO CODIFICADA)?

NO	SI
<i>BULIMIA ACTUAL</i>	

N7 HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
<i>ANOREXIA MENTAL Compulsiva / Purgativa ACTUAL</i>	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

O. ANSIEDAD GENERALIZADA

O1 a	¿Durante los 6 últimos meses, ha estado excesivamente preocupado o ansioso por varias cosas del día a día, en el trabajo, en casa, en su círculo más próximo?	→ NO	SI	1
	NO CODIFICAR SI LA ANSIEDAD SE DEBE A UN TIPO DE ANSIEDAD YA EXPLORADA ANTERIORMENTE, COMO MIEDO A TENER UNA CRISIS DE ANGUSTIA (TRASTORNO POR ANGUSTIA), DE PONERSE EN EVIDENCIA EN PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE CONTAMINARSE (TOC), DE AUMENTAR DE PESO (ANOREXIA NERVIOSA) ETC.			
b	¿Estas preocupaciones están presentes la mayoría de los días?	→ NO	SI	2
O2	¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o le interfieren para concentrarse en lo que debe de hacer?	→ NO	SI	3
* DE O3a A O3f, CODIFICAR NO SI LOS SÍNTOMAS SÓLO APARECEN EN EL MARCO DE TRASTORNOS EXPLORADOS PRECEDENTEMENTE				
O3	Durante estos 6 últimos meses en los que ha estado ansioso casi cada día:			
a	¿Se ha sentido inquieto, desasosegado o nervioso?	NO	SI	4
b	¿Se ha sentido tenso?	NO	SI	5
c	¿Se ha sentido cansado, débil o se ha agotado fácilmente?	NO	SI	6
d	¿Ha tenido dificultades para concentrarse o su mente se ha quedado en blanco?	NO	SI	7
e	¿Se ha sentido irritable?	NO	SI	8
f	¿Ha tenido dificultades con el sueño (dificultad para dormirse, se despertaba a media noche o demasiado temprano, dormía en exceso)?	NO	SI	9

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN O3?

NO	SI
ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

P. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL (OPCIONAL)

P1 ¿Antes de los 15 años:

- | | | | | |
|---|--|----|----|---|
| a | ¿Con frecuencia faltaba al colegio o se escapaba de casa por las noches? | NO | SI | 1 |
| b | ¿Con frecuencia mentía, engañaba a otros o robaba | NO | SI | 2 |
| c | ¿Provocaba peleas o broncas, amenazando o intimidando a otros? | NO | SI | 3 |
| d | ¿Destruía deliberadamente cosas o provocaba incendios? | NO | SI | 4 |
| e | ¿Hería deliberadamente a animales o a personas? | NO | SI | 5 |
| f | ¿Forzó sexualmente a alguien? | NO | SI | 6 |
| | ¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN P1? | NO | SI | |

P2 NO CODIFICAR SI LAS RESPUESTAS SIGUIENTES, SI LOS COMPORTAMIENTOS ESTAN SOLO PRESENTES EN CONTEXTOS POLITICOS O RELIGIOSOS

Después de los 15 años:

- | | | | | |
|---|---|----|----|----|
| a | ¿Se ha conducido repetidamente y de forma deliberada de una manera que otros consideraban irresponsable, como dejar de pagar sus deudas, ser impulsivo o no trabajar para mantenerse? | NO | SI | 7 |
| b | ¿Ha hecho cosas que eran ilegales aunque no fuese descubierto (ej: destruir propiedades, hurtar, robar, vender droga o cometer delitos)? | NO | SI | 8 |
| c | ¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo peleas físicas con su pareja o hijos)? | NO | SI | 9 |
| d | ¿Ha mentido o engañado a otras personas para obtener dinero o placer o simplemente para divertirse? | NO | SI | 10 |
| e | ¿Ha expuesto a otros a un peligro sin importarle las consecuencias? | NO | SI | 11 |
| f | ¿No se ha sentido culpable de hurtar, maltratar, mentir o robar a otros, o después de dañar propiedades? | NO | SI | 12 |

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN P2?

NO	SI
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL VIDA ENTERA	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997; 12: 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997; 12: 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 59 [suppl 20]: 22-33.
- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998; 13: 26-34.
- Las versiones originales francesas e inglesas del M.I.N.I. / DSM-IV se han traducido y pueden ser solicitadas a los autores (ver página 3). Una versión CIE-10 del M.I.N.I. está también disponible en francés, inglés, danés y español.

Traducciones	M.I.N.I. 4.4 y versiones anteriores	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		M. Heikkinen
Allemand	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Arabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basque		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brésilien	P. Amorim	P. Amorim
Bulgare		L.G. Hranov
Catalan		En préparation
Chinois		L. Caroll
Croate		En préparation
Danois	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Espagnol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert. Adaptation pour l'Amérique Centrale et l'Amérique du Sud: G. Heinze
Farsi/Perse		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finois	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen
Gallois		En préparation
Grecque	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hébreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Hongrois	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italien	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonais		H. Watanabe
Lituanien	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Néerlandais/ Flamand	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norvégien	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polonais	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Portugais	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres
Punjabi		S. Gambir
Roumain		O. Driga
Russe		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Serbe	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Slovène	M. Kocmur	M. Kocmur
Suédois	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Tchèque	P. Zvolsky	P. Zvolsky
Turque	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

Le M.I.N.I. a été développé simultanément en français et en anglais. Le développement et la validation du M.I.N.I. a été rendu possible grâce, en partie, à des fonds alloués par la CNAM (701061), les laboratoires SmithKline Beecham et l'UE. 19 DE abril DE 2000

MINI-5.0 Spanish - South and Central America version/ DSM-IV / current (January 2000)

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lepine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1246

1

Escala del Trastorno por Estrés Post-Traumático para el DSM-IV

Aplicada por el Clínico

Nombre: _____ ID#: _____

Entrevistador: _____ Fecha: _____

Estudio: _____

	<p><u>A.- (2)</u></p> <p>¿Miedo/horror intenso? NO SI (durante__ después__)</p> <p>¿Se cumple criterio A? NO PROBABLE SI</p>
--	--

EVENTO #2

<p>¿Qué ocurrió? (¿Cuántos años tenía? ¿quién estuvo involucrado? ¿cuántas veces ocurrió? ¿su vida se vio amenazada? ¿hubo lesiones serias?</p>	<p>Describa (por ej., tipo de evento, víctima, perpetrador, edad, frecuencia):</p>
<p>¿Cómo respondió emocionalmente? (¿Estuvo ansioso o agitado? ¿horrorizado? ¿indefenso? ¿cómo? ¿estuvo bloqueado o paralizado de tal forma que no sentía nada? ¿cómo fue? ¿qué fue lo que notaron otras personas acerca de su respuesta emocional? ¿y después del evento- cómo respondió emocionalmente)</p>	<p><u>A.- (1)</u></p> <p>¿Amenaza de vida? NO SI (propia__ otro__)</p> <p>¿Lesión seria? NO SI (propia__ otro__)</p> <p>¿Amenaza a la integridad física? NO SI (propia__ otro__)</p> <p><u>A.- (2)</u></p> <p>¿Miedo/horror intenso? NO SI (durante__ después__)</p> <p>¿Se cumple criterio A? NO PROBABLE SI</p>

EVENTO #3

<p>¿Qué ocurrió? (¿Cuántos años tenía? ¿quién estuvo involucrado? ¿cuántas veces ocurrió? ¿su vida se vio amenazada? ¿hubo lesiones serias?</p>	<p>Describa (por ej., tipo de evento, víctima, perpetrador, edad, frecuencia):</p>
<p>¿Cómo respondió emocionalmente? (¿Estuvo ansioso o agitado? ¿horrorizado? ¿indefenso? ¿cómo? ¿estuvo bloqueado o paralizado de tal forma que no sentía nada? ¿cómo fue? ¿qué fue lo que notaron otras personas acerca de su respuesta emocional? ¿y después del evento- cómo respondió emocionalmente)</p>	<p><u>A.- (1)</u></p> <p>¿Amenaza de vida? NO SI (propia__ otro__)</p> <p>¿Lesión seria? NO SI (propia__ otro__)</p> <p>¿Amenaza a la integridad física? NO SI (propia__ otro__)</p> <p><u>A.- (2)</u></p> <p>¿Miedo/horror intenso? NO SI (durante__ después__)</p> <p>¿Se cumple criterio A? NO PROBABLE SI</p>

Para el resto de la entrevista, quiero que mantenga los (EVENTOS) en su mente mientras le hago algunas preguntas acerca de cómo pudieron afectarlo.

Voy a hacerle aproximadamente 25 preguntas. La mayoría de ellas tiene dos partes. Primeramente, le preguntaré si ha tenido algún problema en particular, y en caso de ser así, con que frecuencia en pasado mes (semana). Posteriormente, le preguntaré que tanto malestar le ha provocado este problema.

Criterio B. El evento traumático es reexperimentado persistentemente en una (o más) de las siguientes formas:

1.- (B-1) recolecciones displacenteras recurrentes e intrusivas del evento, incluyendo imágenes, pensamientos, o percepciones.

Nota: En niños, el juego repetitivo puede ocurrir en donde se expresan temas o aspectos del trauma.

<u>Frecuencia</u>	<u>Intensidad</u>	
<p>¿Alguna vez ha tenido memorias no deseadas del (EVENTO)? ¿Cómo eran? (¿Qué recuerda?) (SI NO ES CLARO:) (¿Ocurrían cuando estaba despierto o solo en sueños?) (EXCLUYA SI LAS MEMORIAS SOLO OCURREN EN SUEÑOS) ¿Con qué frecuencia ha tenido estas memorias en el pasado mes (semana)?</p> <p>0 Nunca 1 Una o dos veces 2 Una o dos veces por semana 3 Varias veces por semana 4 Diario o casi diario</p> <p>Descripción/Ejemplos</p>	<p>¿Qué tanto malestar le provocaban estas memorias? ¿Podía sacarlas de su mente y pensar en otra cosa? (¿Qué tanto se tenía que esforzar?) ¿Qué tanto interferían con su vida?</p> <p>0 Nada 1 Mínimo malestar o interrupción de actividades 2 Moderado, claro malestar pero aún manejable, interrupción de algunas actividades. 3 Severo, malestar considerable, dificultad para deshacerse de las memorias, marcada interrupción de actividades 4 Extremo, malestar incapacitante, ni puede deshacerse de las memorias, incapaz de continuar actividades</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/>	<p>Semana Pasada</p> <p>F _____</p> <p>I _____</p>
		<p>Mes Pasado</p> <p>F _____</p> <p>I _____</p> <p>Sx: Si No</p>
		<p>Vida</p> <p>F _____</p> <p>I _____</p> <p>Sx: Si No</p>

2.- (B-2) sueños displacenteros recurrentes del evento. Nota: En niños, puede haber sueños terroríficos sin un contenido reconocible.

<u>Frecuencia</u>	<u>Intensidad</u>	
<p>¿Alguna vez ha tenido sueños displacenteros acerca de (EVENTO) Describa un sueño típico. (¿Qué ocurría en ellos?) ¿Con qué frecuencia tuvo estos sueños en el mes pasado (semana)?</p>	<p>¿Qué tanto malestar le provocaban estos sueños? ¿Alguna vez lo despertaron? (SI): (¿Qué ocurría cuando despertaba? ¿cuánto tardaba en volver a quedarse dormido?(ESCUCHE LOS REPORTES DE DESPERTAR ANSIOSO, GRITOS, ACTUACIÓN DE LA PESADILLA) ¿Sus</p>	<p>Semana Pasada</p> <p>F _____</p> <p>I _____</p>

<p>0 Nunca 1 Una o dos veces 2 Una o dos veces por semana 3 Varias veces por semana 4 Diario o casi diario</p> <p>Descripción/Ejemplos</p>	<p>sueños afectaron a alguien más? ¿Qué tanto?</p> <p>0 Nada 1 Mínimo malestar, pudo no haberse despertado 2 Moderado, despertar alterado pero fácilmente volvía a dormir. 3 Severo, malestar considerable, dificultad para volver a dormir 4 Extremo, malestar incapacitante, no puede volver a dormir.</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/>	<p>Mes Pasado</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p> <p>Vida</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p>
---	--	---

3.- (B-3) actúa o siente como si el evento traumático estuviera ocurriendo (incluye la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones, y episodios disociativos de flashback, incluye aquellos que ocurren al despertar o cuando está intoxicado). Nota: En niños, puede ocurrir una reactuación específica del trauma.

<p><u>Frecuencia</u> ¿Alguna vez, de forma repentina, ha actuado o ha sentido como si (EVENTO) estuviera ocurriendo nuevamente? (¿alguna vez ha tenido flashbacks del (EVENTO)?) (SI NO ES CLARO:) (¿alguna vez ocurrió mientras estaba despierto, o solo en sueños?) (EXCLUYA SI SOLO OCURRIÓ EN SUEÑOS) Platíqueme acerca de esto. ¿Con qué frecuencia ocurrió en el mes pasado (semana)?</p> <p>0 Nunca 1 Una o dos veces 2 Una o dos veces por semana 3 Varias veces por semana 4 Diario o casi diario</p> <p>Descripción/Ejemplos</p>	<p><u>Intensidad</u> ¿Qué tanto parecía que (EVENTO) estaba ocurriendo nuevamente? (¿Estaba confundido acerca de quien era o lo que estaba haciendo en ese entonces?) ¿Cuánto tiempo duró? ¿Qué hizo mientras esto ocurría? (¿Otras personas se dieron cuenta de su comportamiento? ¿Qué dijeron?)</p> <p>0 No se revivió 1 Medio, un poco más realista que tan solo pensar en el evento 2 Moderado, calidad disociativa definitiva pero transitoria, aún conciente de su alrededor, calidad de sueños despiertos. 3 Severo, fuertemente disociativo (reporta imágenes, sonidos u olores), pero tiene cierta conciencia de su alrededor 4 Extremo, completa disociación (flashbacks), sin conciencia de su alrededor, puede no mostrar respuesta alguna, posible amnesia por el episodio (blackout).</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/>	<p>Semana Pasada</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Mes Pasado</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p> <p>Vida</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p>
---	--	---

4.- (B-4) intenso malestar psicológico ante la exposición de factores internos o externos que simbolizen o recuerden aspectos del evento traumático.

<p><u>Frecuencia</u> ¿Alguna vez se ha sentido emocionalmente alterado cuando algo le recuerda (EVENTO)? (¿Algo ha desencadenado sentimientos displacenteros relacionados con (EVENTO)?) ¿Qué recordatorios le hacen sentirse alterado? ¿Con qué frecuencia en el mes pasado (semana)?</p> <p>0 Nunca 1 Una o dos veces 2 Una o dos veces por semana 3 Varias veces por semana 4 Diario o casi diario</p> <p><u>Descripción/Ejemplos</u></p>	<p><u>Intensidad</u> ¿Qué tanto malestar le provocan (RECORDATORIOS)? ¿cuánto duró? ¿Qué tanto interfirió con su vida?</p> <p>0 Nada 1 Mínimo malestar o interrupción de actividades 2 Moderado, claro malestar pero aún manejable, interrupción de algunas actividades. 3 Severo, malestar considerable, marcada interrupción de actividades 4 Extremo, malestar incapacitante, incapaz de continuar actividades</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/>	<p>Semana Pasada F _____ I _____</p> <p>Mes Pasado F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p> <p>Vida F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p>
--	---	--

5.- (B-5) reactividad fisiológica ante la exposición a factores internos o externos que simbolizen o recuerden algún aspecto del evento traumático

<p><u>Frecuencia</u> ¿Alguna vez ha tenido alguna reacción fisiológica cuando algo le recuerda (EVENTO)? (¿Alguna vez su cuerpo reaccionó de alguna forma cuando algo le recordó (EVENTO)?) ¿Puede darme algunos ejemplos? (¿Se aceleró su corazón o cambió su respiración? ¿Comenzó a sudar o a sentirse realmente tenso o tembloroso?) ¿Qué clase de recordatorios han desencadenado estas reacciones? ¿Con qué frecuencia en el mes pasado (semana)?</p> <p>0 Nunca 1 Una o dos veces 2 Una o dos veces por semana 3 Varias veces por semana 4 Diario o casi diario</p> <p><u>Descripción/Ejemplos</u></p>	<p><u>Intensidad</u> ¿Qué tan fuertes fueron (REACCIONES FÍSICAS)? ¿Cuánto duraron? (¿Duraron aún después que se encontraba fuera de la situación?)</p> <p>0 Sin reactividad física 1 Mínima reactividad 2 Moderado, reactividad física claramente presente, pero puede detenerse si continúa la exposición. 3 Severo, marcada reactividad física, persiste durante la exposición 4 Extremo, reactividad física dramática, persiste aún después de que la exposición ha terminado</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/>	<p>Semana Pasada F _____ I _____</p> <p>Mes Pasado F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p>
---	---	---

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

		Vida F _____ I _____ Sx: Si No
--	--	---

Criterio C. Evitación persistente a estímulos asociados con el trauma y responsividad general disminuida (no presente antes del trauma), indicado por tres o más de los siguientes:

6.- (C-1) esfuerzo por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas con el trauma

<p><u>Frecuencia</u> ¿Alguna vez ha tratado de evitar pensamientos o sentimientos acerca de (EVENTO)? (¿Qué clase de pensamientos o sentimientos trataba de evitar?) ¿Trataba de evitar hablar con otras personas acerca de esto? (¿Porqué?) ¿Con qué frecuencia en el mes pasado (semana)?</p> <p>0 Nunca 1 Una o dos veces 2 Una o dos veces por semana 3 Varias veces por semana 4 Diario o casi diario</p> <p>Descripción/Ejemplos</p>	<p><u>Intensidad</u> ¿Qué tanto esfuerzo realizaba para evitar (PENSAMIENTOS/ SENTIMIENTOS/ CONVERSACIONES)? (¿Qué cosas hacía? ¿Qué acerca de tomar alcohol, usar medicamentos o drogas callejeras?) (CONSIDERE CUALQUIER INTENTO HACIA LA EVITACIÓN. INCLUYENDO LA DISTRACCIÓN, SUPRESIÓN, Y USO DE ALCOHOL/DROGAS) ¿Qué tanto interfería con su vida?</p> <p>0 Nada 1 Mínimo esfuerzo, con poca o nula alteración de actividades 2 Moderado, algo de esfuerzo, evitación presente, interrupción de algunas actividades. 3 Severo, esfuerzo considerable, marcada evitación, interrupción marcada de actividades o involucramiento en actividades como estrategia de evitación 4 Extremo, intentos drásticos de evitación, incapaz de continuar actividades o un sobreinvolucramiento en continuas actividades como estrategia de evitación.</p> <p>QV (especificar)</p> <hr style="width: 100%;"/>	<p>Semana Pasada F _____ I _____ Sx: Si No</p> <p>Mes Pasado F _____ I _____ Sx: Si No</p> <p>Vida F _____ I _____ Sx: Si No</p>
---	--	---

7.- (C-2) esfuerzo por evitar actividades, lugares o personas que desencadenen recuerdos del trauma

<p><u>Frecuencia</u> ¿Alguna vez ha tratado de evitar ciertas actividades, o personas que le recordaran (EVENTO)? (¿Qué cosas evitaba?)</p>	<p><u>Intensidad</u> ¿Qué tanto esfuerzo hacía para evitar (ACTIVIDADES / LUGARES / PERSONAS)? (¿Qué hacía en su lugar?)</p>	<p>Semana Pasada</p>
--	---	----------------------

<p>¿Porqué?) ¿Con qué frecuencia en el mes pasado (semana)?</p> <p>0 Nunca 1 Una o dos veces 2 Una o dos veces por semana 3 Varias veces por semana 4 Diario o casi diario</p> <p>Descripción/Ejemplos</p>	<p>¿Qué tanto interfería con su vida?</p> <p>0 Nada 1 Mínimo esfuerzo, con poca o nula alteración de actividades 2 Moderado, algo de esfuerzo, evitación presente, interrupción de algunas actividades. 3 Severo, esfuerzo considerable, marcada evitación, interrupción marcada de actividades o involucramiento en actividades como estrategia de evitación 4 Extremo, intentos drásticos de evitación, incapaz de continuar actividades o un sobreinvolucramiento en continuas actividades como estrategia de evitación</p> <p>QV (especificar)</p>	<p>F _____ I _____ Mes Pasado F _____ I _____ Sx: Si No Vida F _____ I _____ Sx: Si No</p>
--	--	--

8.- (C-3) incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma

<p><u>Frecuencia</u></p> <p>¿Ha tenido dificultades para recordar partes importantes de (EVENTO)? Platíqueme de esto. (¿Siente que debería ser capaz de recordar estas cosas? ¿Porqué piensa que no puede?) En el mes pasado (semana), cuántas partes importantes de (EVENTO) se le ha dificultado recordar? (¿Qué partes aún recuerda?)</p> <p>0 Ninguna, memoria clara 1 Pocos aspectos no se recuerdan (menos del 10%). 2 Algunos aspectos no se recuerdan (aprox. 20-30%) 3 Muchos aspectos no se recuerdan (aprox. 50-60%) 4 Casi todos o todos los aspectos no se recuerdan (más del 80%)</p> <p>Descripción/Ejemplos</p>	<p><u>Intensidad</u></p> <p>¿Qué tanto se le dificultaba recordar partes importantes de (EVENTO)? (¿Era capaz de recordar más si lo intentaba?)</p> <p>0 Nada 1 Mínima dificultad 2 Moderado, algo de dificultad, puede recordar con esfuerzo. 3 Severo, considerable dificultad, aún con esfuerzo 4 Extremo, completamente incapaz de recordar aspectos importantes del evento.</p> <p>QV (especificar)</p>	<p>Semana Pasada F _____ I _____ Mes Pasado F _____ I _____ Sx: Si No Vida F _____ I _____ Sx: Si No</p>
---	--	--

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

9.- (C-4) marcada disminución de interés o participación en actividades significativas

<p>Frecuencia ¿Ha estado menos interesado en actividades que antes disfrutaba? (¿En qué clase de cosas ha perdido el interés? ¿Hay cosas que ya no hace? ¿Porqué?) (EXCLUYA SI NO HAY OPORTUNIDAD, SI ES FÍSICAMENTE INCAPAZ, O SE HIZO UN CAMBIO DE DESARROLLO APROPIADO EN LUGAR DE ESTAS ACTIVIDADES) ¿En el mes pasado (semana), en cuántas actividades ha perdido interés? (¿Cuáles son las cosas que aún disfruta?) ¿Cuándo se empezó a sentir de esa forma (después de (EVENTO)?</p> <p>0 Ninguna 1 Pocas actividades (menos del 10%) 2 Algunas actividades (aprox. 20-30%) 3 Muchas actividades (aprox. 50-60%) 4 Casi todas o todas las actividades (más del 80%)</p> <p>Descripción/Ejemplos</p>	<p>Intensidad ¿Qué tan fuerte fue la pérdida de interés? (¿Disfruta (ACTIVIDADES) una vez que las inició?)</p> <p>0 Sin pérdida de interés 1 Mínimo, poca pérdida de interés, puede disfrutar las una vez iniciadas 2 Moderado, Definitiva pérdida de interés, pero aún disfruta de actividades. 3 Severo, marcada pérdida de interés en actividades 4 Extremo, completa pérdida de interés, no participa en ninguna actividad</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/> <p>Relación con el trauma? 1 definitivo 2 probable 3 improbable</p> <p>Actual _____ Vida _____</p>	<p>Semana Pasada</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Mes Pasado</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p> <p>Vida</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p>
--	---	--

10.- (C-5) sentimiento de distanciamiento o extrañeza hacia otros

<p>Frecuencia ¿Se ha sentido distante o alejado de otras personas? ¿Cómo era? ¿Qué tanto tiempo en el mes pasado (semana) se ha sentido de esa forma? ¿Cuándo fue la primera vez que se sintió así (después de (EVENTO)?</p> <p>0 Nada 1 Poco tiempo (menos del 10%) 2 Parte del tiempo (aprox. 20-30%) 3 Mucho tiempo (aprox. 50-60%) 4 Casi todo o todo el tiempo (más del 80%)</p> <p>Descripción/Ejemplos</p>	<p>Intensidad ¿Qué tan fuertes eran los sentimientos de sentirse distante o alejado de otros? (¿A quien se siente más cercano? ¿Con cuántas personas se siente bien hablando de cosas personales?)</p> <p>0 Sin sentimientos de distanciamiento o extrañeza 1 Mínimo, puede sentirse "fuera de" con otros 2 Moderado, sentimientos de distanciamiento claramente presentes, pero aún siente una conexión interpersonal. 3 Severo, marcados sentimientos de distanciamiento o extrañeza de otras personas, puede sentirse cercano a una o dos personas 4 Extremo, se siente completamente distanciado o extrañado de otros, no</p>	<p>Semana Pasada</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Mes Pasado</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p> <p>Vida</p>
---	--	--

	se siente cercano a nadie	
	QV (especificar)	F _____ I _____
	Relación con el trauma?	Sx: Si No
	1 definitivo 2 probable 3 improbable	
	Actual _____ Vida _____	

11.- (C-6) restricción del afecto (por ej., incapaz de tener sentimientos afectuosos)

<p><u>Frecuencia</u> ¿Ha habido momentos en los que se sentía bloqueado emocionalmente o tenía problemas para experimentar sentimientos de amor o alegría? ¿Cómo era? (¿Qué sentimientos se le dificultaba experimentar?) ¿Cuánto tiempo del mes pasado (semana) se sintió de esa forma? ¿Cuándo fue la primera vez que tuvo problemas para experimentar (EMOCIONES) (después del EVENTO?)</p> <p>0 Nada 1 Poco tiempo (menos del 10%) 2 Parte del tiempo (aprox. 20-30%) 3 Mucho tiempo (aprox. 50-60%) 4 Casi todo o todo el tiempo (más del 80%)</p> <p>Descripción/Ejemplos</p>	<p><u>Intensidad</u> ¿Qué tanto trabajo tenía para experimentar (EMOCIONES)? (¿Qué sentimientos aún puede experimentar?) (INCLUYA OBSERVACIONES DEL RANGO DE AFECTO DURANTE LA ENTREVISTA)</p> <p>0 Sin reducción de experiencia emocional 1 Mínimo, poca reducción de experiencia emocional 2 Moderado, definitiva reducción de experiencia emocional, pero aún es capaz de experimentar la mayoría de las emociones. 3 Severo, marcada reducción de experiencia en al menos dos emociones primarias (por ej., amor, alegría) 4 Extremo, falta completa de experiencia emocional</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/> <p>Relación con el trauma?</p> <p>1 definitivo 2 probable 3 improbable</p> <p>Actual _____ Vida _____</p>	<p>Semana Pasada F _____ I _____</p> <p>Mes Pasado F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p> <p>Vida F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p>
---	--	--

12.- (C-7) sensación de futuro reducido (por ej., no espera tener una carrera, casarse, tener hijos, o una vida normal)

<p><u>Frecuencia</u> ¿Ha habido ocasiones en las que sentía que no necesitaba planear a futuro, que de alguna forma su futuro sería reducido? ¿Porqué? (DESCARTE RIESGOS)</p>	<p><u>Intensidad</u> ¿Qué tan fuerte fue este sentimiento de que su futuro se vería reducido? (¿Cuánto piensa que va a vivir? ¿Qué tan convencido está de que morirá prematuramente?)</p>	<p>Semana Pasada F _____</p>
---	---	----------------------------------

<p>REALISTAS COMO AMENAZA A LA VIDA POR CONDICIONES MEDICAS) ¿Cuánto tiempo en el mes pasado (semana) se sintió de esa forma? ¿Cuándo fue la primera vez que se sintió de esa forma (después del EVENTO)?</p> <p>0 Nada 1 Poco tiempo (menos del 10%) 2 Parte del tiempo (aprox. 20-30%) 3 Mucho tiempo (aprox. 50-60%) 4 Casi todo o todo el tiempo (más del 80%)</p> <p>Descripción/Ejemplos</p>	<p>0 Sin sensación de futuro reducido 1 Mínimo, ligera sensación de futuro reducido 2 Moderado, presencia definitiva de sensación de futuro reducido, pero sin una predicción específica de longevidad. 3 Severo, marcada sensación de futuro reducido 4 Extremo, sensación extrema de futuro reducido, completamente convencido de una muerte prematura</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/> <p>Relación con el trauma? 1 definitivo 2 probable 3 improbable</p> <p>Actual _____ Vida _____</p>	<p>I _____</p> <p>Mes Pasado</p> <p>F _____</p> <p>I _____</p> <p>Sx: Si No</p> <p>Vida</p> <p>F _____</p> <p>I _____</p> <p>Sx: Si No</p>
--	---	--

Criterio D.- Síntomas persistentes de activación incrementada (no presente antes del trauma), como lo indican dos o más de los siguientes

13.- (D-1) Dificultad para quedarse o mantenerse dormido

<p>Frecuencia ¿Ha tenido problemas para quedarse o mantenerse dormido? ¿Con qué frecuencia en el mes pasado (semana)? ¿Cuándo empezó a tener problemas para dormir (después del (EVENTO)?)</p> <p>0 Nunca 1 Una o dos veces 2 Una o dos veces por semana 3 Varias veces por semana 4 Diario o casi diario</p> <p>Problemas para quedarse dormido S N Despertar a media noche S N Despertar temprano S N</p> <p>Total # hrs. de sueño /noche _____ # Horas descadas de sueño/noche _____</p>	<p>Intensidad ¿Qué tantos problemas le provocan su sueño? (¿Cuánto tiempo le toma quedarse dormido? ¿Con qué frecuencia se despierta durante la noche? ¿Frecuentemente se despierta más temprano de lo que le gustaría? ¿Cuántas horas en total duerme cada noche?)</p> <p>0 Sin problemas para dormir. 1 Mínimo, ligero aumento de latencia o dificultad mínima para mantenerse dormido (hasta 30 minutos) 2 Moderado, Definitiva alteración del sueño, mayor latencia o una clara dificultad para mantenerse dormido (30-90 minutos). 3 Severo, mucho mayor latencia o una marcada dificultad para mantenerse dormido (90 min a 3 horas) 4 Extremo, latencia extrema o una profunda dificultad para mantenerse dormido (> 3 horas)</p> <p>QV (especificar)</p>	<p>Semana Pasada</p> <p>F _____</p> <p>I _____</p> <p>Mes Pasado</p> <p>F _____</p> <p>I _____</p> <p>Sx: Si No</p> <p>Vida</p> <p>F _____</p> <p>I _____</p>
---	---	---

		Sx: Si No
	Relación con el trauma?	
	1 definitivo 2 probable 3 improbable	
	Actual _____ Vida _____	

14.- (D-2) irritabilidad o explosiones de enojo

Frecuencia ¿Ha habido momentos en los que se ha sentido especialmente irritado o ha mostrado fuertes sentimientos de enojo? ¿Puede darme algunos ejemplos? ¿Con qué frecuencia en el mes pasado (semana)? ¿Cuándo comenzó a sentirse de esa forma (después de (EVENTO)?)	Intensidad ¿Qué tan fuerte fue su enojo? (¿Cómo la mostraba?) (SI REPORTA SUPRESIÓN:) (¿Qué tan difícil fue no mostrar su enojo? ¿Cuánto tardaba en calmarse? ¿Le causó algún problema su enojo?)	Semana Pasada F _____ I _____
0 Nunca 1 Una o dos veces 2 Una o dos veces por semana 3 Varias veces por semana 4 Diario o casi diario	0 Sin irritabilidad o enojo. 1 Mínimo, mínima irritabilidad, puede alzar la voz cuando está enojado 2 Moderado, irritabilidad definitiva o intentos por suprimir el enojo, pero puede recuperarse rápidamente. 3 Severo, marcada irritabilidad o intentos marcados por suprimir el enojo, puede ser verbal y físicamente agresivo cuando se enoja 4 Extremo, enojo persistente o intentos drásticos para suprimir el enojo, puede tener episodios de violencia física	Mes Pasado F _____ I _____
Descripción/Ejemplos	QV (especificar)	Sx: Si No
	Relación con el trauma?	Vida F _____ I _____
	1 definitivo 2 probable 3 improbable	Sx: Si No
	Actual _____ Vida _____	

15.- (D-3) dificultad para concentrarse

Frecuencia ¿Se le ha dificultado concentrarse en lo que hace o en las cosas a su alrededor? ¿Cómo era? ¿Cuánto tiempo en el mes pasado (semana)? ¿Cuándo empezó a tener problemas para concentrarse (después de (EVENTO)?)	Intensidad ¿Qué tan difícil era concentrarse? (INCLUYA OBSERVACIONES DE CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN DURANTE LA ENTREVISTA) ¿Qué tanto interfería con su vida?	Semana Pasada F _____ I _____
--	--	-------------------------------------

<p>0 Nada 1 Poco tiempo (menos del 10%) 2 Parte del tiempo (aprox. 20-30%) 3 Mucho tiempo (aprox. 50-60%) 4 Casi todo o todo el tiempo (más del 80%)</p> <p>Descripción/Ejemplos</p>	<p>0 Sin dificultad para concentrarse. 1 Mínimo, solo requiere de un ligero esfuerzo para concentrarse, con poca o nula interrupción de actividades 2 Moderado, pérdida de concentración pero puede concentrarse con esfuerzo, interrupción de algunas actividades. 3 Severo, marcada pérdida de concentración aún con esfuerzo, marcada interrupción de actividades 4 Extremo, completa incapacidad para concentrarse, incapacidad para involucrarse en actividades</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/> <p>Relación con el trauma? 1 definitivo 2 probable 3 improbable</p> <p>Actual _____ Vida _____</p>	<p>Mes Pasado</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p> <p>Vida</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p>
---	---	---

16.- (D-4) hipervigilancia.

<p>Frecuencia ¿Ha estado especialmente alerta o suspicaz aún cuando no tenía que estarlo? (¿Se ha sentido como si estuviera constantemente en guardia?) ¿Porqué? ¿Cuánto tiempo en el mes pasado (semana)? ¿Cuándo empezó a actuar de esta forma (después de (EVENTO)?)</p> <p>0 Nada 1 Poco tiempo (menos del 10%) 2 Parte del tiempo (aprox. 20-30%) 3 Mucho tiempo (aprox. 50-60%) 4 Casi todo o todo el tiempo (más del 80%)</p> <p>Descripción/Ejemplos</p>	<p>Intensidad ¿Qué tanto trataba de estar alerta a las cosas de su alrededor? (INCLUYA OBSERVACIONES DE HIPERVIGILANCIA DURANTE LA ENTREVISTA) ¿Su (HIPERVIGILANCIA) la causaba problemas?</p> <p>0 Sin hipervigilancia. 1 Mínimo, mínima hipervigilancia, ligero incremento de la activación 2 Moderado, hipervigilancia claramente presente, suspicaz en público (por ej., escoge lugares seguros en un restaurante o cine). 3 Severo, marcada hipervigilancia, muy alerta, revisa si hay peligro en el ambiente, preocupación exagerada por la seguridad propia/ de la familia/ del hogar. 4 Extremo, excesiva hipervigilancia, los esfuerzos por garantizar seguridad consumen mucho tiempo y energía y puede implicar conductas excesivas de seguridad(revisión, marcada suspicacia durante la entrevista.</p> <p>QV (especificar)</p>	<p>Semana Pasada</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Mes Pasado</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p> <p>Vida</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p>
--	---	---

	<p>Relación con el trauma?</p> <p>1 definitivo 2 probable 3 improbable</p> <p>Actual _____ Vida _____</p>	
--	---	--

17.- (D-5) exagerada respuesta de reacción

<p><u>Frecuencia</u></p> <p>¿Ha tenido fuertes respuestas de reacción? ¿Cuándo ocurría esto? (¿Qué cosas lo hacían reaccionar?) ¿Con qué frecuencia en el mes pasado (semana)? ¿Cuándo comenzó a tener estas reacciones (después de (EVENTO)?)</p> <p>0 Nunca 1 Una o dos veces 2 Una o dos veces por semana 3 Varias veces por semana 4 Diario o casi diario</p> <p>Descripción/Ejemplos</p>	<p><u>Intensidad</u></p> <p>¿Qué tan fuertes eran estas respuestas de reacción? (¿Qué tan fuertes eran en comparación con las reacciones de otras personas?) ¿Cuánto duraban?</p> <p>0 Sin respuesta de reacción. 1 Mínimo. mínima reacción 2 Moderado. respuesta de reacción definitiva. se siente "sobresaltado" 3 Severo. marcada respuesta de reacción. sostiene la activación después de la activación inicial. 4 Extremo, respuesta de reacción excesiva. conductas defensivas abiertas (por ej., veterano de combate que "patea la tierra").</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/> <p>Relación con el trauma?</p> <p>1 definitivo 2 probable 3 improbable</p> <p>Actual _____ Vida _____</p>	<p>Semana Pasada</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Mes Pasado</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p> <p>Vida</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p>
--	--	--

Criterio E.- La duración del padecimiento (síntomas en el Criterio B, C y D) es mayor a un mes

18.- inicio de los síntomas

<p>(SI AUN NO ES CLARO:) ¿Cuándo comenzó a tener (SÍNTOMAS DE TEPT) que me dijo? (¿Cuánto tiempo después del trauma? ¿Más de 6 meses?)</p>	<p style="text-align: center;">_____ # de meses totales de retraso en el inicio.</p> <p>¿Con inicio tardía (≥ 6 meses)? NO SI</p>
--	---

19.- duración de los síntomas

(ACTUAL) ¿Cuánto tiempo duraron estos	¿Duración mayor a 1	<u>Actual</u>	<u>Vida</u>
---------------------------------------	---------------------	---------------	-------------

síntomas en conjunto?	mes?	NO SI	NO SI
(VIDA) ¿Cuánto tiempo duraron estos síntomas en conjunto?	Meses de duración Agudo (<3 meses) Crónico (≥3 meses)	— Agudo Crónico	— Agudo Crónico

Criterio F.- El padecimiento causa un malestar o deterioro clínicamente significativo en el área social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento

20.- malestar subjetivo

<p>(ACTUAL) ¿En general, cuánto tiempo ha estado incómodo por estos (SÍNTOMAS) de los que me ha hablado? (CONSIDERE MALESTAR REPORTADO EN ITEMS ANTERIORES)</p> <p>(VIDA) ¿En general, cuánto tiempo ha estado incómodo por estos (SÍNTOMAS) de los que me ha hablado? (CONSIDERE MALESTAR REPORTADO EN ITEMS ANTERIORES)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: right;">0</td> <td style="width: 85%;">Nada</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">1</td> <td>Mínimo malestar</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2</td> <td>Moderado, malestar claramente presente pero aún manejable</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">3</td> <td>Severo, considerable malestar</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">4</td> <td>Extremo, malestar incapacitante</td> <td></td> </tr> </table>	0	Nada		1	Mínimo malestar		2	Moderado, malestar claramente presente pero aún manejable		3	Severo, considerable malestar		4	Extremo, malestar incapacitante		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Semana Pasada</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">—</td> </tr> <tr> <td>Mes Pasado</td> <td style="text-align: center;">—</td> </tr> <tr> <td>Vida</td> <td style="text-align: center;">—</td> </tr> </table>	Semana Pasada	—	Mes Pasado	—	Vida	—
0	Nada																						
1	Mínimo malestar																						
2	Moderado, malestar claramente presente pero aún manejable																						
3	Severo, considerable malestar																						
4	Extremo, malestar incapacitante																						
Semana Pasada	—																						
Mes Pasado	—																						
Vida	—																						

21.- deterioro del funcionamiento social

<p>(ACTUAL) ¿Estos (SÍNTOMAS) han afectado su relación con otras personas? ¿De qué forma? (CONSIDERE EL DETERIORO SOCIAL REPORTADO EN ITEMS ANTERIORES)</p> <p>(VIDA) ¿Estos (SÍNTOMAS) han afectado su vida social? ¿De qué forma? (CONSIDERE EL DETERIORO SOCIAL REPORTADO EN ITEMS ANTERIORES)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: right;">0</td> <td style="width: 85%;">Sin impacto adverso</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">1</td> <td>Impacto mínimo, mínimo deterioro en el funcionamiento social</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2</td> <td>Impacto moderado, deterioro definitivo, pero muchos aspectos del funcionamiento social aún están intactos</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">3</td> <td>Impacto severo, marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento social aún están intactos</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">4</td> <td>Impacto extremo, poco o nulo funcionamiento social</td> <td></td> </tr> </table>	0	Sin impacto adverso		1	Impacto mínimo, mínimo deterioro en el funcionamiento social		2	Impacto moderado, deterioro definitivo, pero muchos aspectos del funcionamiento social aún están intactos		3	Impacto severo, marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento social aún están intactos		4	Impacto extremo, poco o nulo funcionamiento social		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Semana Pasada</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">—</td> </tr> <tr> <td>Mes Pasado</td> <td style="text-align: center;">—</td> </tr> <tr> <td>Vida</td> <td style="text-align: center;">—</td> </tr> </table>	Semana Pasada	—	Mes Pasado	—	Vida	—
0	Sin impacto adverso																						
1	Impacto mínimo, mínimo deterioro en el funcionamiento social																						
2	Impacto moderado, deterioro definitivo, pero muchos aspectos del funcionamiento social aún están intactos																						
3	Impacto severo, marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento social aún están intactos																						
4	Impacto extremo, poco o nulo funcionamiento social																						
Semana Pasada	—																						
Mes Pasado	—																						
Vida	—																						

22.- deterioro en el área ocupacional u otra área importante de funcionamiento

<p>(ACTUAL - SI AUN NO ES CLARO) ¿Está trabajando actualmente?</p> <p>SI: ¿Estos (SÍNTOMAS) han afectado su trabajo o su capacidad laboral? ¿De qué forma? (CONSIDERE HISTORIA LABORAL REPORTADA, INCLUYENDO NÚMERO Y DURACIÓN DE EPLEOS, ASÍ COMO LA CALIDAD DE LAS</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: right;">0</td> <td style="width: 85%;">Sin impacto adverso</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">1</td> <td>Impacto mínimo, mínimo deterioro en el funcionamiento ocupacional / otro funcionamiento importante</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">2</td> <td>Impacto moderado, deterioro definitivo, pero muchos aspectos del funcionamiento ocupacional /otro</td> <td></td> </tr> </table>	0	Sin impacto adverso		1	Impacto mínimo, mínimo deterioro en el funcionamiento ocupacional / otro funcionamiento importante		2	Impacto moderado, deterioro definitivo, pero muchos aspectos del funcionamiento ocupacional /otro		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Semana Pasada</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">—</td> </tr> <tr> <td>Mes Pasado</td> <td style="text-align: center;">—</td> </tr> <tr> <td>Vida</td> <td style="text-align: center;">—</td> </tr> </table>	Semana Pasada	—	Mes Pasado	—	Vida	—
0	Sin impacto adverso																
1	Impacto mínimo, mínimo deterioro en el funcionamiento ocupacional / otro funcionamiento importante																
2	Impacto moderado, deterioro definitivo, pero muchos aspectos del funcionamiento ocupacional /otro																
Semana Pasada	—																
Mes Pasado	—																
Vida	—																

<p>RELACIONES DE TRABAJO. SI EL FUNCIONAMIENTO PREMÓRBIDO NO ES CLARO, INVESTIGUE ACERCA DE EXPERIENCIAS DE TRABAJO ANTES DEL TRAUMA. PARA TRAUMAS DE NIÑOS / ADOLESCENTES. EVALÚE EL DESEMPEÑO ESCOLAR Y LA POSIBLE PRESENCIA DE PROBLEMAS CONDUCTUALES)</p> <p>NO: ¿Estos (SÍNTOMAS) han afectado alguna otra parte importante de su vida? (SUGIERA EJEMPLOS COMO RELACIONES PARENTALES, LABORES DOMESTICAS, DESEMPEÑO ESCOLAR, TRABAJO DE VOLUNTARIADO, ETC.) ¿De qué forma?</p> <p>(VIDA - SI AUN NO ES CLARO) ¿Estuvo trabajando en ese entonces?</p> <p>SI: ¿Estos (SÍNTOMAS) han afectado su trabajo o su capacidad laboral? ¿De qué forma? (CONSIDERE HISTORIA LABORAL REPORTADA, INCLUYENDO NÚMERO Y DURACIÓN DE EPLEOS, ASÍ COMO LA CALIDAD DE LAS RELACIONES DE TRABAJO. SI EL FUNCIONAMIENTO PREMÓRBIDO NO ES CLARO, INVESTIGUE ACERCA DE EXPERIENCIAS DE TRABAJO ANTES DEL TRAUMA. PARA TRAUMAS DE NIÑOS / ADOLESCENTES. EVALÚE EL DESEMPEÑO ESCOLAR Y LA POSIBLE PRESENCIA DE PROBLEMAS CONDUCTUALES)</p> <p>NO: ¿Estos (SÍNTOMAS) han afectado alguna otra parte importante de su vida? (SUGIERA EJEMPLOS COMO RELACIONES PARENTALES, LABORES DOMESTICAS, DESEMPEÑO ESCOLAR, TRABAJO DE VOLUNTARIADO, ETC.) ¿De qué forma?</p>	<p>funcionamiento importante aún están intactos</p> <p>3 Impacto severo, marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento ocupacional / otro funcionamiento importante aún están intactos</p> <p>4 Impacto extremo, poco o nulo funcionamiento ocupacional /otro funcionamiento importante</p>
---	--

Evaluación Global

23.- validez global

<p>ESTIME LA VALIDEZ GLOBAL DE LAS RESPUESTAS. CONSIDERE FACTORES TALES COMO LA COMPENETRACIÓN DURANTE LA ENTREVISTA, ESTADO MENTAL (POR EJ., PROBLEMAS DE CONCENTRACIÓN.</p>	<p>0 Excelente, sin razón para sospechar respuestas inválidas.</p> <p>1 Bueno, la presencia de algunos factores pueden afectar la entrevista de forma adversa.</p>
---	--

COMPRESION DE ITEMS, DISOCIACION), Y LA EVIDENCIA DE ESFUERZOS POR EXAGERAR O MINIMIZAR LOS SÍNTOMAS.

- 2 Regular, la presencia de factores definitivamente reducen la validez.
- 3 Pobre, validez reducida sustancialmente.
- 4 Respuestas inválidas, estado mental severamente deteriorado o posible respuestas "buenas" o "malas" deliberadas.

24.- severidad global

ESTIME LA SEVERIDAD GLOBAL DE LOS SÍNTOMAS DE TEPT. CONSIDERE EL GRADO DE MALESTAR SUBJETIVO, EL GRADO DE DETERIORO FUNCIONAL, LAS OBSERVACIONES Y CONDUCTAS DURANTE LA ENTREVISTA Y EL JUICIO DEPENDIENTE DEL ESTILO DEL REPORTE.

- 0 Sin síntomas clínicamente significativos, sin malestar y sin deterioro funcional..
- 1 Medio, malestar y deterioro funcional mínimos.
- 2 Moderado, malestar o deterioro funcional definitivos pero funciona satisfactoriamente con esfuerzo.
- 3 Severo, malestar o deterioro funcional considerable, el funcionamiento se encuentra limitado aún con esfuerzo.
- 4 Extremo, marcado malestar o deterioro funcional en dos o más áreas de funcionamiento.

Semana Pasada

Mes Pasado

Vida

25.- mejoría global

EVALUE LA MEJORIA GLOBAL DESDE LA EVALUACIÓN INICIAL. SI NO EXISTE EVALUACIÓN PREVIA, PREGUNTE LA FORMA EN QUE ESTOS SÍNTOMAS HAN CAMBIADO EN LOS ULTIMOS 6 MESES. EVALUE EL GRADO DE CAMBIO, SI EXISTE O NO, EN SU JUICIO, SI SE DEBE AL TRATAMIENTO.

- 0 Asíntomático
- 1 Mejoría considerable
- 2 Mejoría moderada
- 3 Poca mejoría
- 4 Sin mejoría
- 5 Información insuficiente

Síntomas de TEPT Actuales

- | | | |
|--|----|----|
| ¿Se cumple el Criterio A (evento traumático)? | NO | SI |
| ¿_____ # sx Criterio B (≥ 1)? | NO | SI |
| ¿_____ # sx Criterio C (≥ 3)? | NO | SI |
| ¿_____ # sx Criterio D (≥ 2)? | NO | SI |
| ¿Se cumple el Criterio E (duración ≥ 1 mes)? | NO | SI |
| ¿Se cumple el Criterio F (malestar/deterioro)? | NO | SI |
| <hr/> | | |
| ¿TEPT Actual (cumplimiento de Criterio A-F) | NO | SI |

SI SE CUMPLEN LOS CRITERIOS PARA TEPT ACTUAL. SALTE LA SECCION DE RASGOS ASOCIADOS.

SI NO SE CUMPLEN LOS CRITERIOS PARA TEPT ACTUAL. EVALUE EL TEPT DE VIDA. IDENTIFIQUE UN PERIODO DE AL MENOS UN MES DESDE EL EVENTO TRAUMATICO EN DONDE LOS SÍNTOMAS FUERON PEORES.

¿Desde el (EVENTO), hubo algún momento en donde (SÍNTOMAS) fueron peores que en el mes pasado? ¿Cuándo fue? ¿Cuánto duró? (¿Al menos un mes?)

SI EXISTEN MULTIPLES PERIODOS EN EL PASADO: ¿Cuándo estuvo más consternado por estos (SÍNTOMAS)?

SI AL MENOS HUBO UN PERIODO. INVESTIGUE LOS ITEMS 1-17. MODIFICANDO LOS PUNTOS DE FRECUENCIA AL PEOR PERIODO: ¿En este tiempo, experimentó (SÍNTOMAS)? ¿Con qué frecuencia?

Síntomas de TEPT de Vida

¿Se cumple el Criterio A (evento traumático)?	NO	SI
¿_____ # sx Criterio B (≥ 1)?	NO	SI
¿_____ # sx Criterio C (≥ 3)?	NO	SI
¿_____ # sx Criterio D (≥ 2)?	NO	SI
¿Se cumple el Criterio E (duración ≥ 1 mes)?	NO	SI
¿Se cumple el Criterio F (malestar/deterioro)?	NO	SI
<hr/>		
¿TEPT VIDA (cumplimiento de Criterio A-F)	NO	SI

Rasgos Asociados

26.- culpa por la realización u omisión de actos

Frecuencia	Intensidad	Semana Pasada
¿Se ha sentido culpable por algo que hizo o no hizo durante (EVENTO)? Cuénteme de ello. (¿De qué se siente culpable?) ¿Cuánto tiempo se sintió así en el mes pasado (semana)?	¿Qué tan fuertes eran estos sentimientos de culpa? ¿Cuánto malestar o incomodidad le provocaron?	F _____
0 Nada	0 Sin sentimientos de culpa	I _____
1 Poco tiempo (menos del 10%)	1 Mínimo, pocos sentimientos de culpa	
2 Parte del tiempo (aprox. 20-30%)	2 Moderado, sentimientos de culpa definitivamente presentes, existe cierto malestar pero aún es manejable	
3 Mucho tiempo (aprox. 50-60%)	3 Severo, marcados sentimientos de culpa, malestar considerable	Mes Pasado
4 Casi todo o todo el tiempo (más del 80%)	4 Extremo, sentimientos de culpa	F _____

Descripción/Ejemplos	persistentes, autocondenación por el comportamiento, malestar incapacitante.	I _____ Sx: Si No
	QV (especificar) <hr style="border: 1px solid black;"/>	Vida F _____ I _____ Sx: Si No

27.- culpa de sobrevivencia (APLICABLE SOLO CUANDO HUBO MÚLTIPLES VICTIMAS)

<u>Frecuencia</u> ¿Se ha sentido culpable por sobrevivir (EVENTO) cuando otros no lo hicieron? Cuénteme de ello. (¿De qué se siente culpable?) ¿Cuánto tiempo se sintió así en el mes pasado (semana)? 0 Nada 1 Poco tiempo (menos del 10%) 2 Parte del tiempo (aprox. 20-30%) 3 Mucho tiempo (aprox. 50-60%) 4 Casi todo o todo el tiempo (más del 80%) 8 No aplicable	<u>Intensidad</u> ¿Qué tan fuertes eran estos sentimientos de culpa? ¿Cuánto malestar o incomodidad le provocaron? 0 Sin sentimientos de culpa 1 Mínimo, pocos sentimientos de culpa 2 Moderado, sentimientos de culpa definitivamente presentes, existe cierto malestar pero aún es manejable 3 Severo, marcados sentimientos de culpa, malestar considerable 4 Extremo, sentimientos de culpa persistentes, autocondenación por haber sobrevivido, malestar incapacitante.	Semana Pasada F _____ I _____ Mes Pasado F _____ I _____ Sx: Si No
Descripción/Ejemplos	QV (especificar) <hr style="border: 1px solid black;"/>	Vida F _____ I _____ Sx: Si No

28.- reducción de la alerta hacia su entorno o alrededor (por ej., estar en un laberinto)

<u>Frecuencia</u> ¿Ha habido momentos en los que se siente fuera de contacto de lo que le rodea, como si estuviera en un laberinto? ¿Cómo era? (DISTINGA DE LOS EPISODIOS DE FLASHBACK) ¿Con qué frecuencia ocurrió esto en el mes pasado (semana)?	<u>Intensidad</u> ¿Qué tan fuerte era este sentimiento de estar fuera de contacto o como en un laberinto? (¿Estaba confundido del lugar en donde se encontraba o que estaba haciendo en ese momento?) ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo mientras esto estaba pasando? (¿Otras	Semana Pasada F _____ I _____
--	--	-------------------------------------

<p>(SI NO ES CLARO:) (¿Fue debido a una enfermedad o por los efectos de drogas o alcohol?) ¿Cuándo empezó a sentirse de esa forma (después de (EVENTO)?)</p> <p>0 Nunca 1 Una o dos veces 2 Una o dos veces por semana 3 Varias veces por semana 4 Diario o casi diario</p> <p>Descripción/Ejemplos</p>	<p>personas se dieron cuenta de su comportamiento? ¿Qué dijeron?)</p> <p>0 Sin reducción de la alerta. 1 Mínimo, poca reducción de la alerta 2 Moderado, reducción transitoria de la alerta, puede reportar sentirse "fuera de espacio". 3 Severo, marcada reducción de la alerta, puede persistir por varias horas. 4 Extremo, pérdida total de la alerta hacia su alrededor, puede no responder, posible amnesia por el episodio (blackout)</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/> <p>Relación con el trauma?</p> <p>1 definitivo 2 probable 3 improbable</p> <p>Actual _____ Vida _____</p>	<p>Mes Pasado</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p> <p>Vida</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p>
---	---	---

29.- desrealización

<p><u>Frecuencia</u></p> <p>¿Ha habido momentos en donde las cosas a su alrededor parecieran irreales o muy extrañas o no familiares? (NO:) (¿Qué acerca de personas que repentinamente parecían no familiares?) ¿Cómo era? ¿Con qué frecuencia le ocurrió en el mes pasado (semana)? (SI NO ES CLARO:) (¿Fue debido a una enfermedad o a los efectos de drogas o alcohol?) ¿Cuándo comenzó a sentirse de esa forma (después de (EVENTO)?)</p> <p>0 Nunca 1 Una o dos veces 2 Una o dos veces por semana 3 Varias veces por semana 4 Diario o casi diario</p> <p>Descripción/Ejemplos</p>	<p><u>Intensidad</u></p> <p>¿Qué tan fuerte fue (DESREALIZACION)? ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo mientras esto estaba pasando? (¿Otras personas se dieron cuenta de su comportamiento? ¿Qué dijeron?)</p> <p>0 Sin desrealización. 1 Mínimo, poca desrealización 2 Moderado, desrealización transitoria. 3 Severo, desrealización considerable, marcada confusión acerca de lo que es real, puede persistir por varias horas. 4 Extremo, profunda desrealización, pérdida dramática del sentido de realidad o familiaridad.</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/> <p>Relación con el trauma?</p> <p>1 definitivo 2 probable 3 improbable</p>	<p>Semana Pasada</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Mes Pasado</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p> <p>Vida</p> <p>F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p>
---	---	---

	Actual _____ Vida _____	
--	-------------------------	--

30.- despersonalización

<p><u>Frecuencia</u> ¿Ha habido momentos en los que se sintiera como fuera de su cuerpo, viéndose como si fuera otra persona? (NO:) (¿Qué acerca de momentos en los que sintiera su cuerpo extraño o que no le fuera familiar, como si hubiera cambiado de alguna forma?) ¿Cómo era esto? ¿Con qué frecuencia le ocurrió esto en el mes pasado (semana)? (SI NO ES CLARO:) (¿Fue debido a una enfermedad, o a los efectos de drogas o alcohol?) ¿Cuándo empezó a sentirse de esa forma (después de (EVENTO)?)</p> <p>5 Nunca 6 Una o dos veces 7 Una o dos veces por semana 8 Varias veces por semana 9 Diario o casi diario</p> <p>Descripción/Ejemplos</p>	<p><u>Intensidad</u> ¿Qué tan fuerte fue (DESPERSONALIZACION)? ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo mientras esto estaba pasando? (¿Otras personas se dieron cuenta de su comportamiento? ¿Qué dijeron?)</p> <p>0 Sin despersonalización. 1 Mínimo, poca despersonalización 2 Moderado, despersonalización transitoria. 3 Severo, despersonalización considerable, marcada sensación de aislamiento de sí mismo, puede persistir por varias horas. 4 Extremo, profunda despersonalización, sentimiento dramático de aislamiento de sí mismo.</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/> <p>Relación con el trauma? 1 definitivo 2 probable 3 improbable</p> <p>Actual _____ Vida _____</p>	<p>Semana Pasada F _____ I _____</p> <p>Mes Pasado F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p> <p>Vida F _____ I _____</p> <p>Sx: Si No</p>
--	--	--

Hoja de Calificación del CAPS

Nombre: _____ #ID: _____ Entrevistador: _____ Estudio: _____ Fecha: _____

A.- Evento Traumático:

B.- Reexperimentación de síntomas	Semana Pasada			Mes Pasado			Vida		
	Frec	Int	F+I	Frec	Int	F+I	Frec	Int	F+I
(1) recolecciones intrusivas									
(2) sueños displacenteros									
(3) actúa o siente como si el evento estuviera ocurriendo									
(4) malestar psicológico ante la exposición de factores									
(5) reactividad fisiológica ante la exposición de factores									
Subtotales B									
Número de síntomas del Criterio B (requiere 1)									

C.- Síntomas de evitación y disminución de respuesta	Semana Pasada			Mes Pasado			Vida		
	Frec	Int	F+I	Frec	Int	F+I	Frec	Int	F+I
(6) evitación de pensamientos o sentimientos									
(7) evitación de actividades, lugares o personas									
(8) incapaz de recordar partes importantes del trauma									
(9) disminución del interés en actividades									
(10) distanciamiento o extrañeza									
(11) restricción del afecto									
(12) sensación de futuro reducido									
Subtotales C									
Número de síntomas del Criterio C (requiere 3)									

D.- Síntomas de activación	Semana Pasada			Mes Pasado			Vida		
	Frec	Int	F+I	Frec	Int	F+I	Frec	Int	F+I
(13) dificultad para quedarse o mantenerse dormido									
(14) irritabilidad o explosiones de enojo									
(15) dificultad para concentrarse									
(16) hipervigilancia									
(17) exagerada respuesta de reacción									
Subtotales D									
Número de síntomas del Criterio D (requiere 2)									

Frecuencia, Intensidad y Severidad Total	Semana Pasada			Mes Pasado			Vida		
	Frec	Int	F+I	Frec	Int	F+I	Frec	Int	F+I
Suma de los subtotales (B+C+D)									

E.- Duración del padecimiento	ACTUAL		VIDA	
(19) duración del padecimiento de al menos 1 mes	NO	SI	NO	SI

F.- Malestar significativo o deterioro del funcionamiento	Semana Pasada		Mes Pasado		Vida	
(20) malestar subjetivo						
(21) deterioro del funcionamiento social						
(22) deterioro del funcionamiento ocupacional						
¿AL MENOS UNO >2?	NO	SI	NO	SI	NO	SI

Diagnóstico TEPT	ACTUAL		VIDA	
TEPT PRESENTE- ¿cumple los criterios (A-F)?	NO	SI	NO	SI
Especifique:				
(18) con inicio tardío (retraso ≥ 6 meses)	NO	SI	NO	SI
(19) agudo (< 3 meses) o crónico (≥ 3 meses)	Agudo	Crónico	Agudo	Crónico

Evaluación Global	Semana Pasada	Mes Pasado	Vida
(23) validez global			
(24) severidad global			
(25) mejoría global			

Rasgos Asociados	Semana Pasada			Mes Pasado			Vida		
	Free	Int	F+I	Free	Int	F+I	Free	Int	F+I
(26) culpa por la realización u omisión de actos									
(27) culpa de sobrevivencia									
(28) reducción de la alerta hacia su entorno									
(29) desrealización									
(30) despersonalización									

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Lista de Chequeo de Eventos

Debajo se encuentran listados una serie de cosas difíciles o estresantes que en ocasiones le ocurren a la gente. Para cada evento registre en uno o más de los recuadros en la derecha para indicar que: (a) le ocurrió a usted personalmente, (b) presenció que le ocurriera a alguien más, (c) aprendió de esto que le ocurrió a alguien cercano a usted, (d) no está seguro si concuerda, o (e) no se aplica a usted.

Considere su vida entera (en su desarrollo hasta ser adulto) cuando revise la lista de eventos.

Evento	Me ocurrió a mí	Lo presencié	Aprendí de él	No está seguro	No aplica
1. Desastre natural (por ejemplo, inundación, huracán, tornado, terremoto)					
2. Incendio o explosión					
3. Accidente de transporte (por ejemplo, accidente automovilístico, en bote, en tren, en avión).					
4. Accidente serio de trabajo, en el hogar, o durante alguna actividad recreativa.					
5. Exposición a sustancias tóxicas (por ejemplo, químicos peligrosos, radiación).					
6. Asalto físico (por ejemplo, ser atacado, golpeado, pateado)					
7. Asalto con arma (por ejemplo, ser balaceado, amenazado con un cuchillo, arma o bomba)					
8. Asalto sexual (violación, intento de violación, hacer cualquier tipo de acto sexual por la fuerza o por amenaza de daño).					
9. Otra experiencia sexual, no deseada o incómoda.					
10. Combate o exposición en zonas de guerra (como militar o como civil).					
11. Ser capturado (por ejemplo, ser secuestrado, ser rehén, prisionero de guerra).					
12. Enfermedad o lesión que amenace la vida.					
13. Sufrimiento humano severo					
14. Muerte violenta, repentina (suicidio, homicidio).					
15. Muerte inesperada, repentina de alguien cercano a usted.					
16. Lesión o daño serio, o muerte que le haya provocado a alguien.					
17. Cualquier otra experiencia o evento estresante.					

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INSTRUCCIONES: De acuerdo con la siguiente clave, señale la intensidad de sus molestias.

0=NUNCA

1=UN POCO (una vez por semana)

2=MODERADO (2-4 veces por semana)

3=MUCHO (5 o mas veces por semana)

En las últimas 2 semanas . . .

- 1-Ha tenido pensamientos o imágenes desagradables sobre el accidente, ¿aunque usted no quisiera que llegaran?
- 2-¿Ha tenido pesadillas o sueños desagradables sobre el evento ocurrido?
- 3-¿Ha sentido o actuado como si el accidente se repitiera otra vez?
- 4-¿Se ha sentido emocionalmente mal al recordar el accidente, por ejemplo con palpitaciones o sudoración?
- 5-¿Ha estado tratando de no pensar ni de hablar sobre lo ocurrido?
- 6-¿Ha hecho usted un esfuerzo para evitar situaciones que le recuerden el accidente?
- 7-¿Existen fragmentos del accidente que no pueda recordar?
- 8-¿Ha dejado de interesarse en cosas que antes le gustaban?
- 9-¿Se ha sentido distante o alejado (a) de los demás?
- 10-¿Se ha sentido triste sin poder llorar o se le hace difícil sentir cariño por personas importantes para usted?
- 11-¿Siente que los planes y deseos a futuro han cambiado por culpa del accidente?
- 12-¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?
- 13-¿Ha tenido ataques de enojo o ha estado más irritable que de costumbre?
- 14-¿Ha tenido dificultad para concentrarse o no recuerda lo que acaba de leer?
- 15-¿Ha estado excesivamente alerta, por ejemplo, revisando a la gente que se encuentra a su alrededor o incómodo cuando hay una puerta atrás de usted?
- 16-¿Ha tenido sobresaltos o se espanta con facilidad, por ejemplo cuando alguien camina atrás de usted o cierra con fuerza una puerta?

=TOTAL

TESIS CON FALLA DE ORIGEN