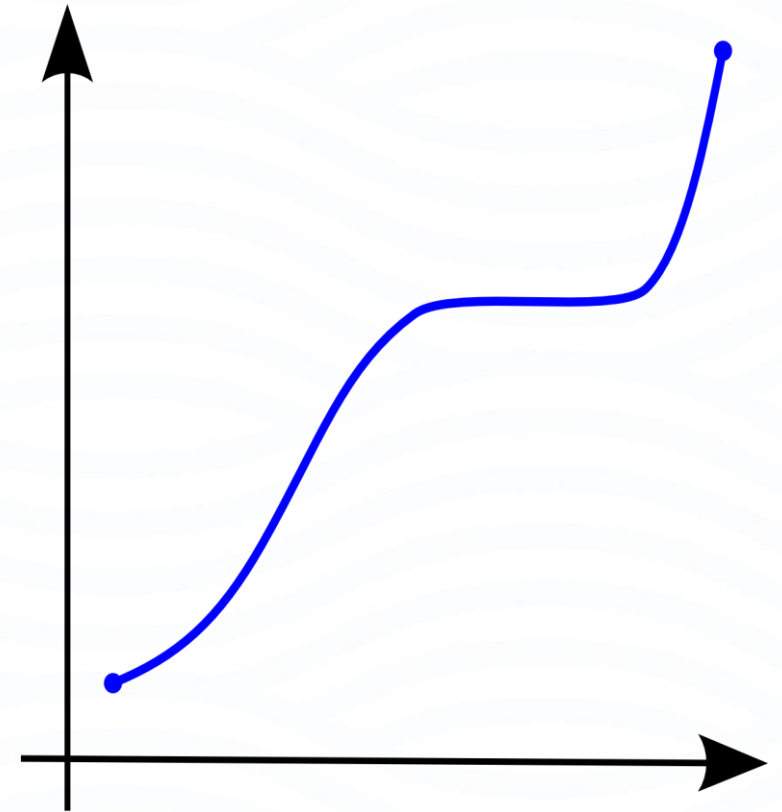




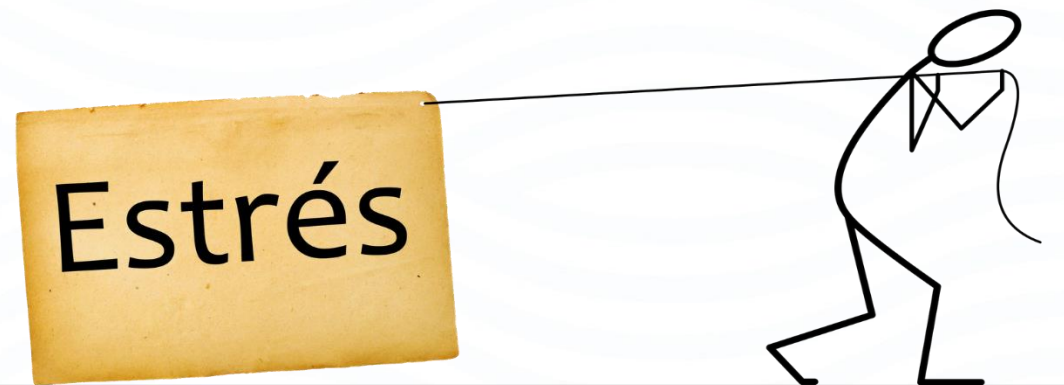
Trastorno de estrés postraumático

**Prevalencia, Criterios diagnósticos,
consecuencias.**

- El 50 por ciento de las mujeres estadounidenses y el 60 por ciento de los hombres estadounidenses están expuestos a **un evento traumático durante su vida** (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995)



- El 75 por ciento de los individuos están expuestos, en algún momento de sus vidas, a **un factor de estrés** que cumple con los criterios para un diagnóstico de TEPT (Detroit Area Survey - Breslau et al., 1998).



- **De acuerdo con Briere y Scott (2005) los que tienen mayor prevalencia son : abuso sexual infantil, violencia intrerpersonal en masa, desastres naturales, accidentes, violaciones, delincuencia, crimen organizado y violencia doméstica.**




Tasas de prevalencia

- **The National Comorbidity Study (Kessler et al., 1995) encontró que las tasas de prevalencia de TEPT durante toda la vida eran del 7,8 por ciento y la Detroit Area Survey (Breslau et al., 1998) indicó tasas de prevalencia de por vida entre 9,2 y 9,8 por ciento.**





En adultos en Estados Unidos la prevalencia anual es de aproximadamente 3.5%. Es un poco más baja en Asia , África y en los países de América Latina, agrupándose en torno al 0.5% -1.0%.



En México la prevalencia reportada según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica es de 1.4%, 2.3% en mujeres y 0.49% en hombres.


En la Encuesta Nacional de la salud Mental en Adolescentes en México el 1.(% sufre de estrés postraumático.



Entre 62 y 80 por ciento de las personas diagnosticadas con TEPT también cumplen con los criterios de al menos otro trastorno (Davidson & Fairbank, 1993).

La fuerte comorbilidad del TEPT y la depresión ha sido bien documentada (Keane y Wolfe, 1990; Kessler et al., 1995).





La depresión mayor aumenta el riesgo de trastorno de estrés postraumático posterior al trauma (Breslau, Davis, Peterson y Schultz, 1997; Kessler et al., 1995) y el TEPT aumenta el riesgo de desarrollar depresión mayor de primera incidencia (Breslau et al. 1997).



- **El TEPT y el abuso de sustancias también es un problema común (Najavits, 2001; Ouimette & Brown, 2003; Ruzek, Polusny, & Abueg, 1998).**





CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Adultos







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


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





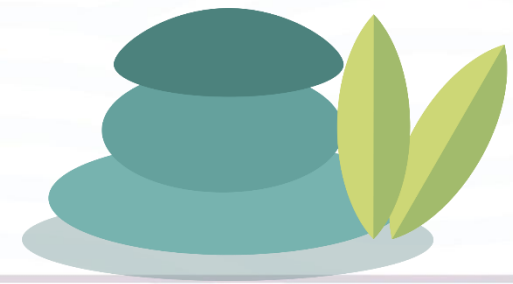
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.






4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

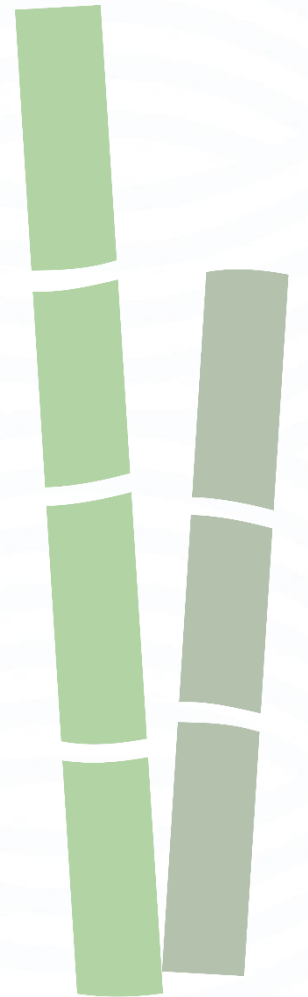
Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.





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

- 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).**
- 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).**






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

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


5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).







C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

- 1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).**



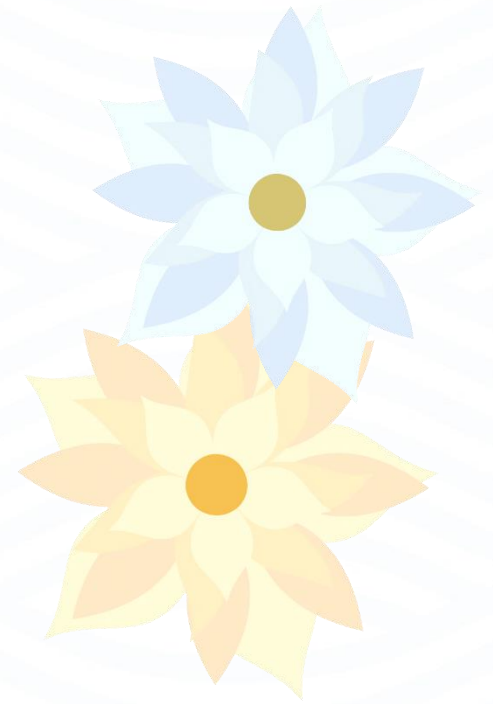
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).





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

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



2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).





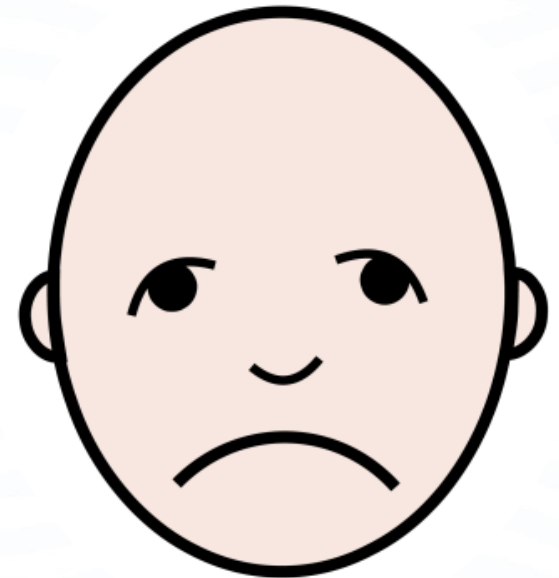
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.


4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).



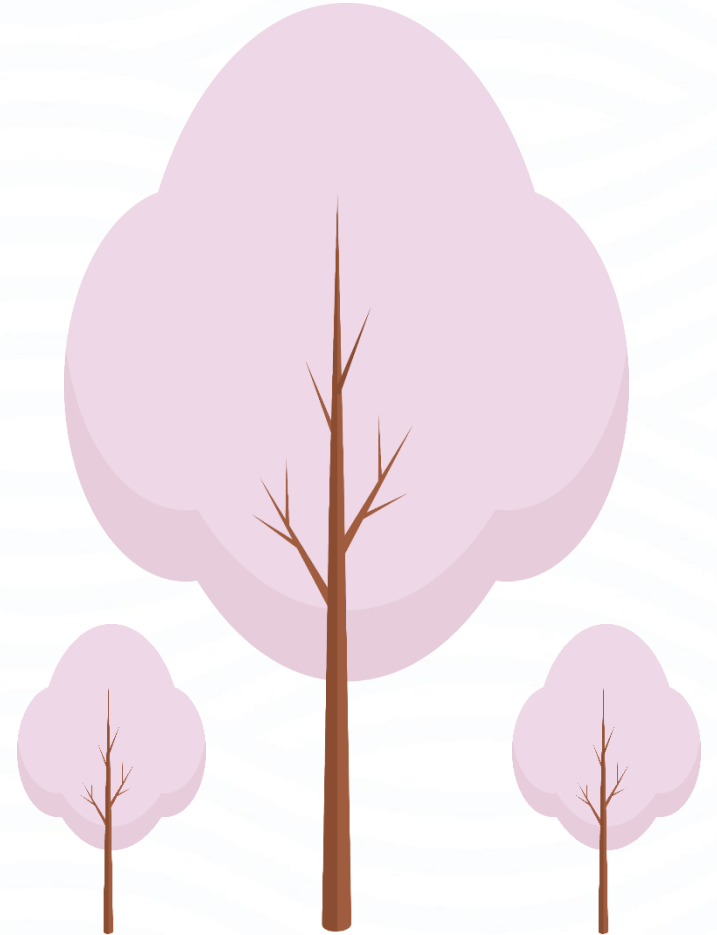


E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- 1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.**
- 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.**



- 3. Hipervigilancia.**
- 4. Respuesta de sobresalto exagerada.**
- 5. Problemas de concentración.**
- 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).**





F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.



G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.


H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.




Especificar si:


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





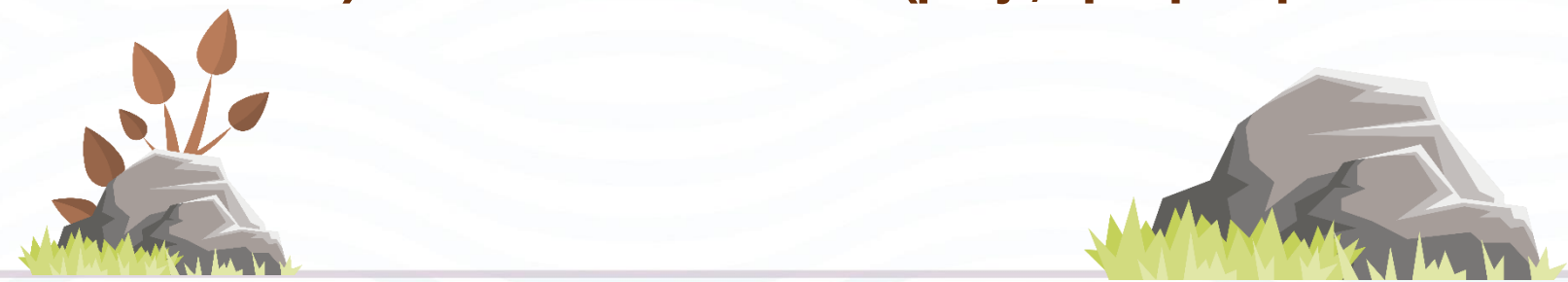
1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

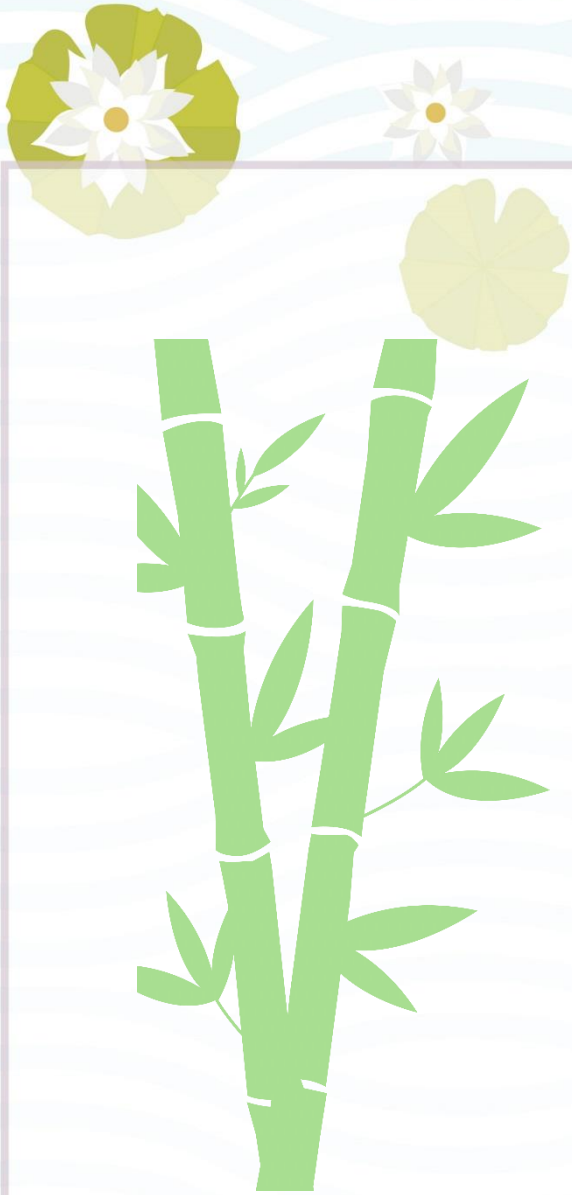




2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

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





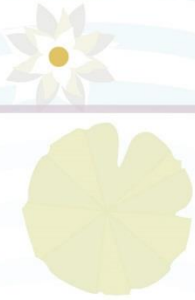
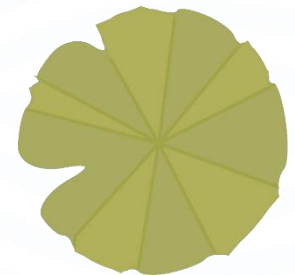
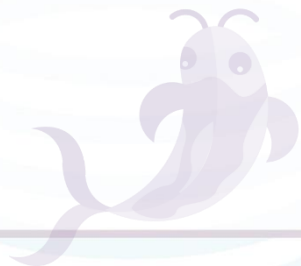
Especificar si:

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

- Estos síntomas causan **Angustia o deterioro significativo** en áreas sociales, ocupacionales y otras áreas importantes de funcionamiento. Por ejemplo,
- Interfieren con las relaciones (Carroll, Rueger, Foy y Donahoe, 1985)



- Pueden afectar **la salud física** (Schnurr, Spiro, Vielhauer, Findler y Hamblen, 2002) y
- Pueden causar **una menor calidad de vida** (Allen & Bloom, 1994).





CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Niñas y Niños





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

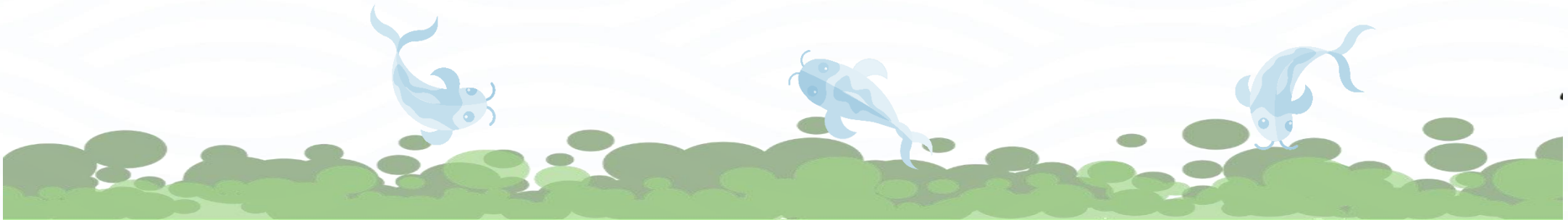
- 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).**
- 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros, especialmente a los cuidadores primarios.**


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





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

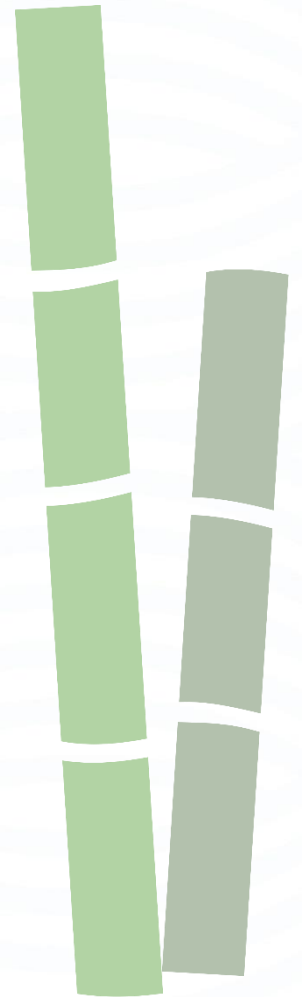





B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

- 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).**
- 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).**

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






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

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

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





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

Evitación persistente de los estímulos

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



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





Alteración cognitiva

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

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






5. Comportamiento socialmente retraído.

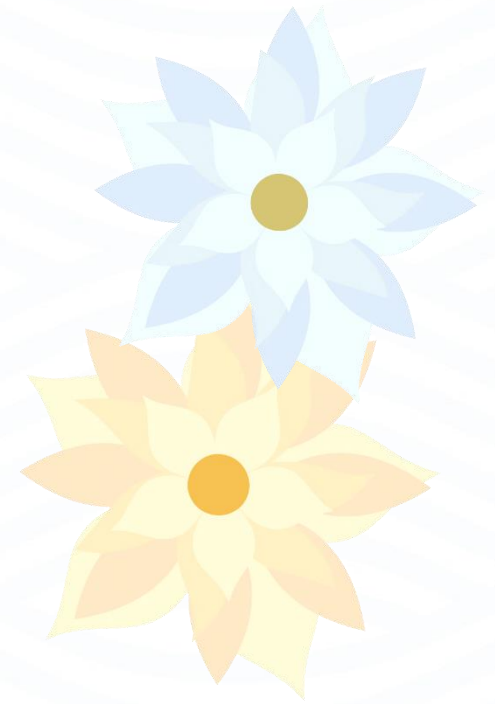
6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.





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

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



2. Hipervigilancia.

3. Respuesta de sobresalto exagerada.

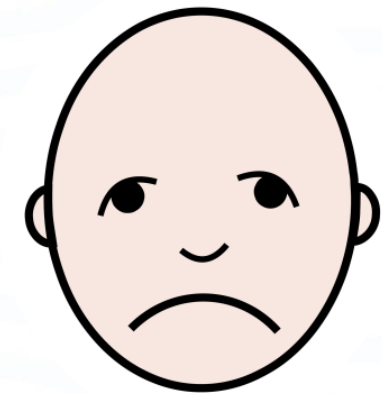




3. Respuesta de sobresalto exagerada.

4. Problemas con concentración.

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



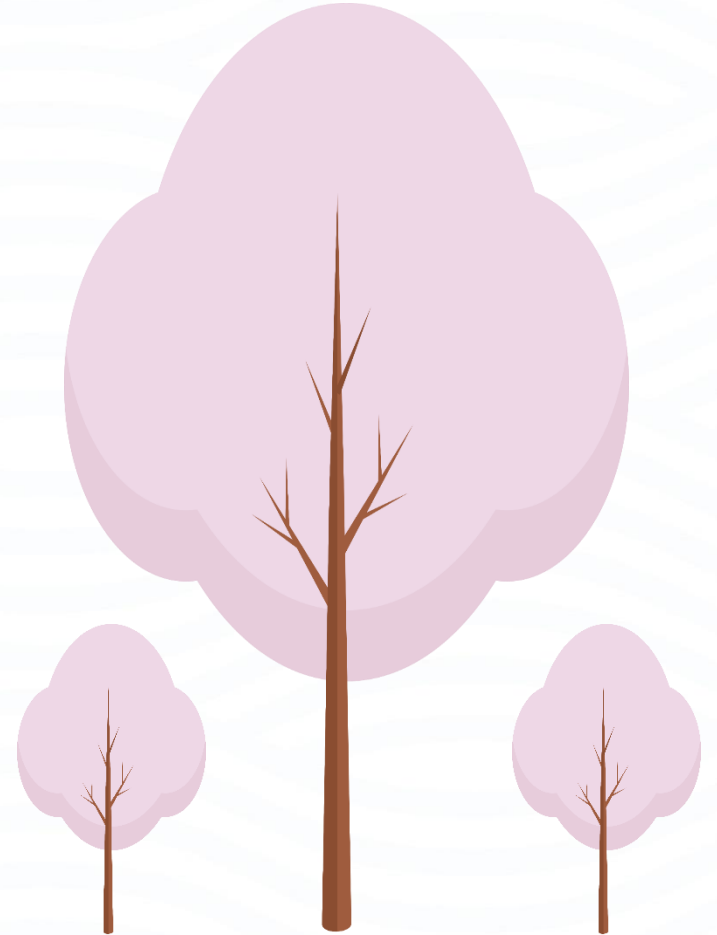


E. La duración de la alteración es superior a un mes.

F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con personas significativas o en el comportamiento en la escuela.



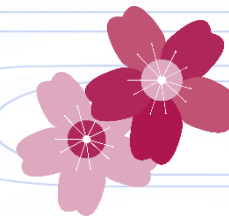
G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej. medicamento o alcohol) u otra afección médica.







Especificar si:


Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros siguientes:





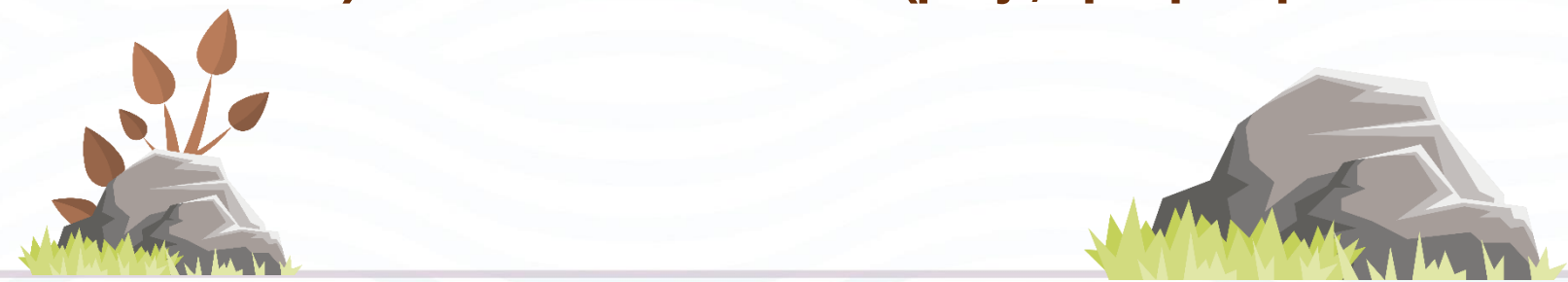
1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

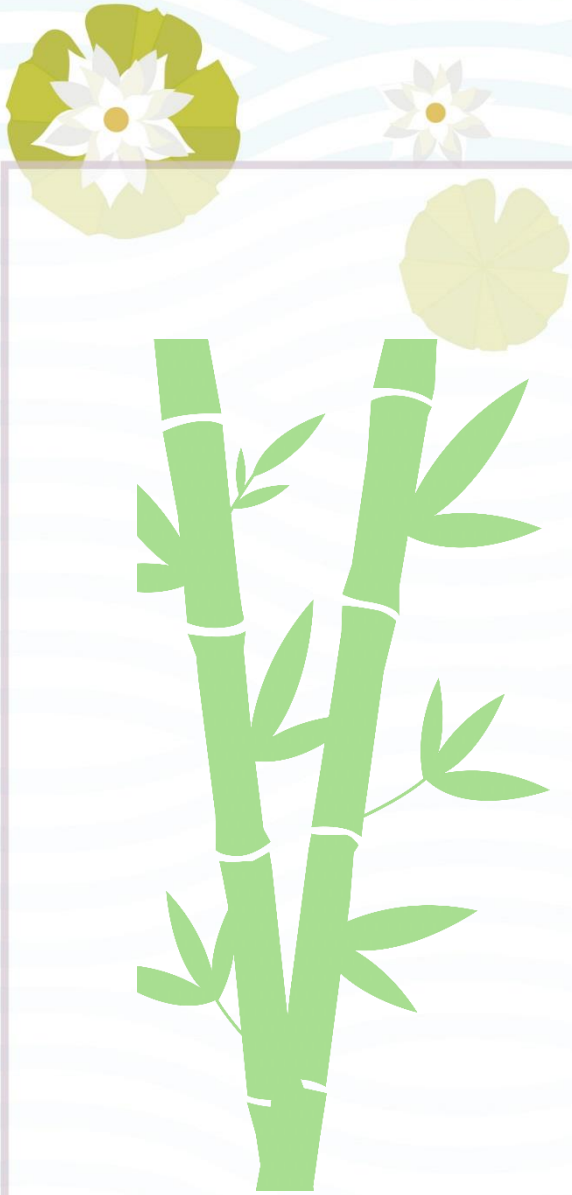




2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

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





Especificar si:

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

Referencias

- Walser, R. D., Westrup D., & Hayes, S. C., (2007), Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma-Related Problems, A Practitioner's Guide to Using Mindfulness and Acceptance Strategies, USA: New Harbinger Publications, Inc.
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. USA: American Psychiatric Association

Trastorno de Estrés Postraumático. Prevalencia, criterios, diagnóstico, consecuencias.
Resumen y Traducción libre: Aguilar-Morales, J. & Santiago-García, F.



paz y felicidad.org

Es un programa sin fines de lucro para la divulgación de intervenciones clínicas basadas en la evidencia con el objetivo de promover el bienestar y el desarrollo personal.

Este sitio es auspiciado por la Academia Nacional de Psicología Clínica y de la Salud de la



Si desea mayor información comuníquese con nosotros a:

www.pazyfelicidad.org

E-mail: profesoresuniversitariosmx@gmail.com

Tel Cel. 951 54 8 50 88



Facebook/Paz y Felicidad