



Manejo del estrés Postraumático

Elaborado por:

Grupo de especialistas en Psiquiatría
Centro de Atención Integral de Salud mental



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

**GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN
EVIDENCIA (GPC-BE) No. 77 “MANEJO DEL ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO”**

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBGERENCIA DE PRESTACIONES EN SALUD
COMISIÓN CENTRAL DE ELABORACIÓN GPC-BE

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia (GPC-BE)
GPC-BE No. 77 "Manejo del Estrés Postraumático" Edición 2016; pág. 68.
IGSS, Guatemala.

Elaboración revisada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud
Providencia No. 1539 de fecha 6 de febrero de 2017

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión Central de Elaboración de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia; Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala 2016.

Derechos reservados-IGSS-2016

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro, a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



**Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social**

GERENCIA

Doctor Vidal Heriberto Herrera Herrera
Gerente

Doctor Juan Carlos Lorenti Marroquín
Subgerente de Prestaciones en Salud



AGRADECIMIENTOS:

Grupo de actualización de la Guía:

Dr. Dennis Roberto Cuevas Morales

Jefe de la Consulta Externa

Centro de Atención Integral de Salud Mental-CAISM

Dr. Daniel Contreras

RIII Maestría de Psiquiatría

Centro de Atención Integral de Salud Mental-CAISM

Revisores:

Dr. José Antonio Corrales Morales

Jefe de Servicio

Centro de Atención Integral de Salud Mental-CAISM



**COMISIÓN ELABORADORA DE GUÍAS DE PRÁCTICA
CLÍNICA FUNDAMENTADAS EN MEDICINA BASADA EN LA
EVIDENCIA:**

Msc. Dr. Edwin Leslie Cambranes Morales
Jefe del Departamento de Medicina Preventiva
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Msc. Dr. Jorge David Alvarado Andrade
Coordinador
Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dr. Edgar Campos Reyes
Médico Supervisor
Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dr. Leiser Mazariegos
Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud



DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta Guía, tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.



PRÓLOGO

GUIAS DE PRACTICA CLINICA DEL IGSS

¿En qué consiste la Medicina Basada en Evidencia?

Podría resumirse, como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible - **la evidencia**-, para aplicarla a la práctica clínica.

El nivel de Evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación. (Tabla No. 1)

Tabla No. 1 Niveles de Evidencia:

Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios casocontrol, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

* Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.

**All or none (Todos o ninguno): Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia**; y determinan la calidad de una

intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Tabla No. 2)

Tabla No.2

Significado de los grados de recomendación

Grado de Recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de Buena Práctica clínica sobre el cual el Grupo de Desarrollo acuerda.

1a

Las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA**, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **Nivel de Evidencia**^{1a} (en números y letras minúsculas, sobre la base de la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto ^A (siempre en letras mayúsculas sobre la base de la misma tabla del Centro

A

de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las Guías, desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

La **GUÍA DE BOLSILLO** es una parte de la guía, que resume lo más relevante de la entidad con relación a 4 aspectos:

1. La definición de la entidad,
2. Como se hace el diagnóstico,
3. Terapéutica y
4. Recomendaciones de buenas prácticas clínicas fundamentales, originadas de la mejor evidencia.

En el formato de Guías de Bolsillo desarrolladas en el IGSS, los diversos temas se editan, imprimen y socializan en un ejemplar de pequeño tamaño, con la idea de tenerlo a mano y revisar los temas incluidos en poco tiempo de lectura, para ayudar en la resolución rápida de los problemas que se presentan durante la práctica diaria.

Las Guías de Práctica Clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como **“los elementos esenciales de las buenas guías”**, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas. En una Guía de Práctica Clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el que poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales -especialistas y médicos residentes- que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión Central Para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, siendo así mismo aplicable, práctica y de fácil estudio.



El IGSS tiene el alto privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo esta Guía, con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta noble Institución.

**Comisión Central para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica,
IGSS, Guatemala, 2016**



ÍNDICE DE CONTENIDOS

GUÍA DE BOLSILLO

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
General	3
Específicos	3
3. METODOLOGÍA	5
Definición de preguntas	5
Estrategia de búsqueda	5
Población diana	6
Usuarios de la Guía	6
Fecha de elaboración de la Guía	6
4. CONTENIDO	7
Definición del Trastorno de Estrés	
Postraumático	7
Datos epidemiológicos	8
Evaluación Clínica	11
Características clínicas	13
Examen mental	14
Escalas de medición	15
Diagnóstico	16
Criterios Diagnósticos para TEPT, basado en el DSM-5	16
Criterios Diagnósticos del CIE-10	20

Tratamiento	23
Tratamiento farmacológico	23
Terapia adyuvante	26
Tratamiento No farmacológico	27
Terapia institucional	28
Tratamiento combinado	28
Terapia Individual	29
Terapia de grupo	30
Biodanza	30
Musicoterapia	31
Psicodrama	31
Psicoterapia Gestalt	32
5. ANEXOS	33
6. GLOSARIO	43
7. ABREVIATURAS	49
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

GUIA DE PRACTICA CLINICA BASADA EN EVIDENCIA SOBRE MANEJO DEL ESTRÉS POSTRAUMATICO

1. INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Estrés Postraumático, de acuerdo a la definición que da la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). La enfermedad se caracteriza por la marcada aparición de síntomas tras la exposición a episodios vitales traumáticos.

Pueden existir varios factores predisponentes, y en un país como Guatemala se puede ver reflejado por los altos índices de violencia que se experimentan en el país. La PNUD en su estudio “El costo económico de la violencia en Guatemala” refiere que los costos para el Producto Interno Bruto sobre daño emocional representan una cantidad de Q.2,411,881,114.61. (El Costo Económico de la Violencia en Guatemala. PNUD Guatemala, 2006.)

En Guatemala, el trastorno de estrés postraumático según la Encuesta Nacional de Salud mental de 2009 es uno de los trastornos de salud mental con mayor prevalencia en la población, alcanzando el 6.9% de la población general. Un 2.3% de la población guatemalteca ha consultado aunque sea una vez a un centro de atención de salud mental.

En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, de acuerdo a las salas situacionales realizadas durante los años 2013 y 2014, el trastorno de estrés postraumático representan 432 casos y 372 casos respectivamente, en las áreas de consulta externa y unidad de cuidados intensivos.

Tomando en cuenta las repercusiones que experimenta la población guatemalteca en función de dichas características descritas, se presenta esta guía para darle una definición a este diagnóstico y establecer las pautas necesarias para su adecuado abordaje, tratamiento y seguimiento.

2. OBJETIVOS DE LA GUÍA

General:

- Generar información relevante a través de la medicina basada en evidencia para establecer un abordaje adecuado en el manejo de pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Específicos:

- Identificar los síntomas clínicos asociados en el apareamiento de estrés postraumático.
- Orientar en cuanto a la referencia a un centro especializado,
- Orientar en cuanto al uso racional de psicotrópicos como ansiolíticos y antidepresivos para evitar el riesgo de dependencia del paciente.
- Definir el tratamiento adecuado e integral para el abordaje de los pacientes con diagnóstico de TEPT.



3. METODOLOGÍA

Definición de Preguntas:

¿A quiénes afecta el Trastorno de Estrés Postraumático, TEPT?

¿Quiénes están expuestos a sufrir de TEPT?

¿Cuáles son los criterios diagnósticos para el TEPT?

¿Qué características clínicas pueden tener los pacientes con TEPT?

¿Cuál es el pronóstico para el paciente con diagnóstico de TEPT?

¿Cuál es el abordaje diagnóstico y terapéutico en un paciente con sospecha de TEPT?

¿Cuánto tiempo debe llevarse el tratamiento de esta patología?

Estrategias de Búsqueda:

- PubMed: PTSD, Violence, Treatment, Guidelines
- Uptodate: post traumatic Stress Disorder
- GooglAcadémico: guidelines, TEPT, Guías de ansiedad.
- Cochrane database: Anxiety, PTSD, Guidelines.
- DSM-5
- CIE-10

Población Diana:

Pacientes derechohabientes y beneficiarios de la Institución de 18 años en adelante.

Usuarios de la Guía:

Esta Guía fue estructurada para poder ser utilizada por Médicos Generales, Médicos Residentes, Médicos Especialistas y Sub-especialistas, así como personal técnico de Salud, pertenecientes al IGSS o de otras instituciones que prestan atención médica.

Fecha de elaboración de la guía:

Período 2015-2016

Publicación año 2016

4. CONTENIDO

DEFINICIÓN

Definición de Trastorno de Estrés Postraumático:

1a

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). (CIE-10)

Es causado por un trauma psicológico o físico, siendo con mayor frecuencia una combinación de ambos. No todas las personas que experimentan tales acontecimientos desarrollan síntomas.

Sus características clínicas más representativas son: reexperimentar el trauma original a través de flash-backs y pesadillas, evitar los estímulos relacionados con el evento traumático, aumento de la excitación (como irritación, ira, trastornos del sueño), depresión y ansiedad. (HHRI, 2001)

La duración de estos síntomas debe durar más de un mes (menos de este tiempo se define como una reacción al estrés agudo), con disfuncionalidad en las

1a

áreas sociales y ocupacionales u otras áreas importantes para la vida del individuo. Se define como crónico a partir de los tres meses. (American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.)

□ Datos epidemiológicos:

La PNUD en su estudio “El costo económico de la violencia en Guatemala” refiere que los costos para el Producto Interno Bruto sobre daño emocional representan una cantidad mayor a dos millones de Quetzales (moneda nacional).

El Costo Económico de la Violencia en Guatemala. PNUD Guatemala, 2006: (¿Cuánto le cuesta la Violencia a El Salvador? Cuadernos sobre Desarrollo Humano No. 4, PNUD - El Salvador, 2005.)

En Guatemala, el trastorno de estrés postraumático según la encuesta nacional de salud mental de 2009 es uno de los trastornos de salud mental con mayor prevalencia en la población, alcanzando el 6.9% de la población general. Un 2.3% de la población guatemalteca ha consultado aunque sea una vez a un centro de atención de salud mental. (Universidad de San Carlos de Guatemala. Encuesta Nacional de Salud Mental, 2009)

Continuando con los aspectos que reflejan la violencia en Guatemala, Durante la década de 1980, la confrontación, en respuesta a la agudización de las contradicciones políticas, se incrementó; la impunidad se instaló en la vida cotidiana mientras que la corrupción en el gobierno dominó toda la siguiente década. Existió

un escenario de terror en donde, con frecuencia aparecían cadáveres con señales de crueles torturas y la orientación de la violencia fue de corte político, se observaron también intentos de limpieza social (exterminio de grupos sociales marginados, como las maras, prostitutas, travestis, homosexuales, delincuentes, ex convictos, entre otros) a través de acciones clandestinas. (Del Valle Cobar, 2004).

Suazo ⁽²⁰⁰²⁾ señala dos características del daño que el trauma sociopolítico ha causado en algunas poblaciones específicas, así como la universalidad del daño, la cual se refiere no solo al gran número de personas afectadas por el conflicto armado, sino a que también afectó a todas las dimensiones vitales de la población: la producción, el comercio, la propiedad, la vivienda, la salud física y psíquica, la vida afectiva, la familia, las relaciones humanas, los procesos organizativos, la vida social, la seguridad ciudadana, la protección en el ejercicio de sus derechos, la participación política, la vigencia de los valores morales, la autoestima y las creencias religiosas. La otra característica es que el daño persiste en su gravedad a causa de la falsa paz.

(Suazo, F. La Cultura Maya ante la Muerte. Daño y duelo ante la comunidad de achí de Rabinal.)

De acuerdo al Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF), en donde los problemas relacionados a traumas y estrés se manejan con el diagnóstico de Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, las cifras para el año 2013

fueron 1822 pacientes, para el año 2014,699 pacientes y para el año 2015 van 1010 pacientes, con un total de 3531, acontece el 68.8 % de casos evaluados en los últimos tres años. Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF), evaluaciones psicológicas y psiquiátricas realizadas en las sedes periciales de INACIF, a nivel nacional, años 2013, 2014 y 2015 (enero –junio).

En el instituto Guatemalteco de Seguridad Social, de acuerdo a las salas situacionales realizadas durante los años 2013 y 2014, el trastorno de estrés postraumático representan 432 casos y 372 casos respectivamente, en las áreas de consulta externa y unidad de cuidados intensivos. (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Centro de Atención Integral de Salud mental. Departamento de Estadística. 2013, 2014)

El DSM-5 reporta una prevalencia a doce meses entre los adultos estadounidenses de 3.5%. También indica que se estiman tasas más bajas en Europa y en la mayoría de países asiáticos, africanos y latinoamericanos, alrededor del 0.5 al 1.0%. (American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.)

Las tasas de estrés postraumático en general son mayores entre veteranos de guerra y otros individuos cuya ocupación incrementa el riesgo de exposición traumática, como policías, bomberos y personal médico de emergencia. Las cifras más altas (del 30 al 50%) se encuentran en sobrevivientes de violación, combate

militar y cautiverio, genocidio o reclusión motivada por cuestiones políticas o étnicas. (American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.)

Estudios como el de Perrin y colaboradores demuestran que la mayoría de las personas en la comunidad han experimentado eventos traumáticos que cumplen criterios para un trastorno de estrés postraumático. (Perrin M, Vandeleur CL, Castelao E, Rothen S, Glaus J, Vollenweider P, Preisig M. Soc. Psychiatry. Psychiatry Epidemiology. 2014 Mar; 49(3):447-57. Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population.)

A manera de resumen, entre los hombres los eventos traumáticos más comunes son eventos como estar presentes cuando otra persona es asesinada o gravemente herida, estar involucrado en un accidente que amenace la vida, y ser amenazado con un arma. Entre las mujeres, los eventos traumáticos más comunes son experimentar un desastre natural, ver como matan a otra persona o la hieren de gravedad, y estar involucrada en un accidente que amenace su vida.

(Sareen J. Can J Psychiatry. 2014 Sep; 59(9):460-7. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment.)

Evaluación Clínica:

Reconociendo el TEPT:

El Tratamiento Efectivo para Trastorno de Estrés postraumático (TEPT) solo puede tomar lugar si es debidamente reconocido. Es importante valorar un

desastre mayor, y valorar los factores de riesgo a los cuales la persona pudo haber sido expuesta.

Reconocimiento en Atención Primaria

El TEPT se puede presentar con una variedad de síntomas, que en los adultos puede darse en la forma de memorias estresantes y muy vívidas, en forma de “flashbacks” (Conocidas también como síntomas intrusivos). Identificar estas características y preguntar en forma específica debe llevar una sensibilidad importante a la hora de hacer el interrogatorio. Pueden existir otras comorbilidades emocionales como la depresión. En algunos casos estos síntomas pueden mejorar, pero de no ser así, es necesario considerar tratamientos específicos para su seguimiento. (NICE. Post - traumatic stress disorder. (PTSD)

The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical Guidelines march 26, 2005. Update, December, 2013.) (19)

Reconocimiento en áreas hospitalarias

El número de pacientes que acuden a los servicios en otras áreas hospitalarias pueden haber experimentado eventos traumáticos. Esto puede ser particularmente en departamentos de emergencia, ortopedia y cirugía. Para algunos pacientes con este diagnóstico este puede ser el punto de contacto con el sistema de salud y la oportunidad para valorar su reconocimiento e identificación.

1a

Valorar el rango de síntomas (incluyendo la reexperimentación, evitación, hipervigilancia, depresión, embotamiento afectivo e ira). Los miembros del equipo médico deben preguntar en una forma sensible y no invasiva si el paciente ha experimentado algún evento traumático.

El individuo afectado por estas circunstancias, debe ser tomado en cuenta y el personal médico debe tomar responsabilidad para la asesoría y la coordinación inicial del cuidado. Esto incluye la necesidad de referir a otra unidad de emergencia o una evaluación psiquiátrica.

1a

Es importante la comprensión, valorando tanto necesidades físicas como psicológicas en la valoración de riesgo. La preferencia del paciente debe ser tomada en cuenta, junto con familiares a la hora de evaluar un tratamiento, dándoles la información necesaria y pertinente para que se pueda escoger la mejor opción.

1b

Es importante tomar en cuenta a los familiares, cuidadores y personas cercanas al paciente, ya que ellos juegan un rol muy importante en el abordaje de estos enfermos. Sin embargo, valorando la naturaleza del trauma y las consecuencias, muchas familias puede que necesiten un soporte para ellos mismos. Por lo que se debe valorar el impacto del trauma en toda la familia.

Características Clínicas:

Pacientes con diagnóstico de TEPT pueden presentar heridas físicas del evento traumático (hematomas,

sangrado nasal, rasgado vaginal, hemorragia, entre muchas otras). De ser positivos estos hallazgos, el paciente debe ser referido al área de emergencia respectiva, en donde debe ser evaluado y de ser necesario valorar, desde el inicio, una consulta con un profesional de salud mental.

Los pacientes con una cronicidad en el diagnóstico pueden presentar algunas quejas somáticas, posiblemente asociadas a condiciones médicas de tipo general. Se debe tomar especial atención a la higiene del sueño del paciente. Además, la apariencia general del individuo puede verse afectada. Los individuos pueden aparecer con una pobre higiene personal. (Gore, T. Lucas, J. *Posttraumatic Stress Disorder*. Medscape Reference. Noviembre, 2014. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/288154overview>) (20)

Examen mental:

Los pacientes con TEPT pueden presentar un comportamiento alterado. En principio se pueden ver agitados, y su reacción al estímulo en un primer momento suele ser extrema.

La orientación se puede ver afectada, incluso al punto de no estar orientados en espacio y tiempo, a pesar de que no pueda ser muy evidente durante la entrevista.

La memoria también puede verse afectada. El paciente puede presentar olvidos, especialmente en relación a los detalles específicos del evento traumático (amnesia psicógena). En algunos casos esto no se limita solamente al evento traumático.

La capacidad de concentración se puede ver alterada asociada a un pobre control en los impulsos y un diálogo con un tono y fluidez probablemente alterados.

El estado de ánimo puede verse afectado. Pueden existir sentimientos de depresión, ansiedad, culpa, miedo entre otros.

La percepción y el pensamiento pueden verse afectados también. Los pacientes pueden verse preocupados por alteraciones en el contenido de pensamiento, ideas delirantes de tipo paranoide o de referencia, alteraciones en la sensopercepción como alucinaciones (sobre todo de tipo auditivo), ideación suicida, muerte y ruina, fobias y revivir la experiencia. Algunos pacientes incluso pueden tener ideas homicidas. Estas observaciones resultan preponderantes en el momento de la observación clínica. (Gore, T. Lucas, J. Posttraumatic Stress Disorder. Medscape Reference. Noviembre, 2014. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/288154-overview>)

Escalas de Medición

Existen varias escalas de medición en Psiquiatría para confirmar los distintos trastornos. Para el estrés post traumático se puede utilizar “La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático”. Esta consta de 17 ítems, basado aun en los criterios diagnósticos del DSM-5. La finalidad de esta escala es poder medir la severidad del trastorno y facilitar el diagnóstico del mismo.

(Enrique Echeburúa, Paz de Corral, Pedro Javier Amor, et al. Escala de Gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. Universidad del

Pais Vasco, 1997, Vol. 23.)(21)

El inventario de Ansiedad de Beck (BAI) fue creado para medir la ansiedad clínica del paciente. Es de las escalas con menos criterios para depresión, se enfocan más en la sintomatología ansiosa. Puede apoyar el diagnóstico del TEPT (Jesús Sanz. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. El Sevier, 25, 39-48.)(22)

1b

Diagnóstico:

Criterios Diagnósticos para TEPT, basado en el DSM-5.

A. Exposición real o amenaza de muerte, lesión severa o violencia sexual en una (o más) de las siguientes formas:

1. Experimentando directamente los eventos traumáticos.
2. Atestiguando, en persona, los eventos mientras le ocurren a otros.
3. Sabiendo acerca de los eventos traumáticos ocurridos a miembros cercanos de la familia o amigos cercanos. En casos de muerte o amenaza de muerte de un familiar o amigo, el evento debe haber sido violento o accidental.
4. Experimentando repetidamente o exposición extrema a detalles relacionados a los eventos

traumáticos (ej. Primeros rescatistas recolectando restos humanos, oficiales de policía repetidamente expuestos a detalles de abuso infantil).

Nota: el criterio A-4 no aplica a exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición sea relacionada al trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas intrusivos asociados con el evento traumático, que inician después de que el evento traumático ha ocurrido:

1. Memorias recurrentes, involuntarias e intrusivas del evento traumático.
2. Sueños recurrentes angustiantes en los que el contenido o el afecto del sueño se relacionan al evento traumático.
3. Reacciones disociativas (por ejemplo: “Flashbacks”) en los que el individuo siente o actúa como si el evento traumático estuviera ocurriendo.
4. Angustia psicológica intensa o prolongada ante la exposición de pistas o claves internas o externas que simbolizan o asemejan aspectos del evento traumático.
5. Reacciones fisiológicas marcadas a claves internas o externas que simbolizan o asemejan aspectos del evento traumático

C. Evitación persistente del estímulo asociado al evento traumático, iniciando después que el evento ha ocurrido, evidenciado por uno o ambos de los siguientes aspectos:

1. Evitación o esfuerzos de evitar recuerdos angustiantes, pensamientos o sentimientos acerca de o asociados al evento traumático.
2. Evitación o esfuerzos de evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos angustiantes, pensamientos o sentimientos acerca del evento traumático.

D. Alteraciones negativas en cognición y humor asociado al evento traumático, que inician o empeoran después de que ocurrió el evento traumático, evidenciado por dos (o más) de los siguientes:

1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático (típicamente debido a amnesia disociativa y no a otros factores como lesión de cabeza, uso de alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas, persistentes y exageradas acerca de uno mismo, de otros, o del mundo (por ejemplo: repetirse expresiones como “soy malo”, “no se puede confiar en nadie”, “el mundo es completamente peligroso”, “todo mi sistema nervioso está permanentemente arruinado”).

3. Cognición persistente y distorsionada acerca de la causa o las consecuencias del evento traumático que lleva al individuo a culparse a sí mismo o a otros.
4. Estado emocional persistentemente negativo (Por ejemplo: sentimientos de horror, miedo, enojo, culpa, vergüenza, entre otros).
5. Marcada disminución del interés o participación en actividades significativas.
6. Sentimientos de desapego o extrañeza de otros.
7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas.

E. Alteraciones marcadas en la reactividad asociadas al evento traumático, que inicia o empeora después de ocurrido el evento traumático, evidenciado por dos (o más) de los siguientes hallazgos:

1. Conducta irritable o explosiones de ira (con poca o sin provocación) típicamente expresado como agresión verbal o física hacia las personas u objetos.
2. Conducta autodestructiva o imprudente.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Trastornos del sueño.

F. La duración del trastorno es mayor a un mes.

G. El trastorno causa distrés clínico significativo o disfunción social, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento.

H. El trastorno no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra condición médica.

A su vez, los criterios diagnósticos que establece la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10), se presentan a continuación: tomando en cuenta que dentro de la institución estos son los códigos que se manejan para valorar diagnóstico.

Criterios Diagnósticos del CIE-10:

TEPT surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son

1b

necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características frecuentemente encontradas en pacientes con TEPT son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que se ubican sobre un fondo emocional persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento así como desapego de su entorno social, falta de capacidad de respuesta al medio, anhedonia y evitación de actividades, y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que pueden recordar o sugerir la situación traumática. Eventualmente pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Es frecuente observar estados de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, así como el incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión, y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo irresponsable de sustancias psicotrópicas y/o de alcohol pueden ser factores agravantes.

Posterior al trauma se inicia con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la

mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los pacientes, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

Pautas para el diagnóstico:

TEPT no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea posible algún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, transtorno obsesivo compulsivo o episodio depresivo).

Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, aspectos de la personalidad asociadas al desapego emocional evidentes, con desórdenes afectivos y la tendencia a evitar los estímulos que puedan reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas somáticos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo. Pueden predominar los síntomas y signos de neurosis traumática.

Tratamiento:

Tratamiento Farmacológico:

Recomendaciones generales:

1b

Los pacientes adultos con TEPT que inicien algún tratamiento con medicamentos antidepresivos a quienes se considere alto riesgo de suicidio, y a todos los pacientes con edades entre 18 y 29 años (por el potencial riesgo añadido de pensamientos suicidas, asociado al uso de antidepresivos en este rango de edad), se recomienda que se evalúen con una frecuencia semanal, hasta que este riesgo deje de ser importante.

1c

Los clínicos deben buscar de forma activa signos externos de acatisia, ideación suicida, aumento de ansiedad y agitación, especialmente en las etapas iniciales del tratamiento con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

También aconsejarán a los pacientes con TEPT acerca del riesgo de estos síntomas al comienzo del tratamiento, sugiriéndoles que busquen ayuda rápidamente si éstos son estresantes.

1a

Los pacientes adultos con signos clínicos de TEPT, que inicien algún tratamiento con antidepresivos, a quienes no se considera en riesgo de suicidio, se les podrá ver a las dos semanas como método regular y apropiado, por ejemplo, a intervalos de 2 a 4 semanas en los primeros 3 meses y con intervalos mayores posteriormente; si la

respuesta es buena, el tratamiento puede continuar durante un año.

Los síntomas de retirada/discontinuación suelen ser leves y poco limitantes, pero eventualmente, pueden ser graves. El médico tratante, puede reducir gradualmente las dosis de antidepresivos después de un período de 4 semanas de tratamiento, aunque algunos pacientes, puedan necesitar períodos más largos. (NHS. (2005, marzo).

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), Gestión del TEPT en niños y adultos en atención primaria y secundaria. Instituto Nacional para la Excelencia Clínica, 26, 19-22).

Recomendaciones de la farmacoterapia para los síntomas centrales del Trastorno de Estrés Postraumático:

Alternativas de tratamiento	Medicamentos
Primera Línea	Fluoxetina* Paroxetina* Sertralina* Venlafaxina de acción prolongada (Cod. 2091)
Segunda Línea	Fluvoxamina* Mirtazapina* Fenelzina*
Tercera Línea	Amitriptilina* Aripiprazol * Bupropión SR * Buspirona * Carbamazepina (Cod. 852) Duloxetina * Escitalopram (Cod. 10508) Imipramina (Cod. 831) Lamotrigina (Cod. 836, 837) Memantina* Quetiapina (Cod. 10507) Risperidona * Tianeptina (Cod. 2011) Topiramato (Cod. 763) Trazodona *
Tomado de: Katzdman et al. BMC Psychiatry 2014 (Suppl 1): S1- Modificado IGSS 2015-2016	

*Al momento de realizar la guía este medicamento no se encuentra en el listado de medicamentos del IGSS.

Terapia adyuvante:

Alternativas de tratamiento	Medicamentos
Segunda Línea	Olazapina (Cod. 10390) Risperidona*
Tercera Línea	Aripiprazol* Clonidina* Gabapentina* Levetiracetam* Pregabalina (Cod. 10537, 10582) Quetiapina (Cod. 10507) Reboxetina (Cod. 2012)
<u>No recomendados</u>	Brupropión* Topiramato (Cod. 763) Zolpidem* Alprazolam (Cod. 898) Escitalopram (Cod. 10508) Clonazepam (Cod. 845, 2048) Olanzapina (Cod. 10390)
Tomado de: Katzdmán et al. BMC Psychiatry 2014 (Suppl 1): S1-Modificado IGSS 2015-2016	

**Al momento de realizar la guía este medicamento no se encuentra en el listado de medicamentos del IGSS.*

Tratamiento No Farmacológico:

El tratamiento no farmacológico, o estructurado en distintos enfoques terapéuticos se fundamentará en la calidad y capacidad que existe en la comunidad frente a la exposición de trauma. Tomando en cuenta los datos sobre exposición a distintos factores violentos en Guatemala, se debe tomar en cuenta una preparación que incluya atención tanto a la habilidad para afrontar el trauma mismo y reestructurar el ambiente postraumático para lograr una mejor adaptación (VA/DoD Clinical Practice Guideline for the management of Post-Traumatic Stress. Department of Veterans Affairs, Octubre 2010)

Algunas teorías sostienen que los síntomas de TEPT a través de un condicionamiento clásico pueden llevar a la cronicidad del mismo trastorno. Otras teorías sugieren que los individuos que desarrollan creencias negativas relacionadas al trauma (como los sentimientos de culpa personal) estarán predispuestos a reacciones traumáticas, porque dichas creencias mantendrán un sentimiento de amenaza. (VA/DoD clinical practice guideline for the management of Post-Traumatic Stress. Department of Veterans Affairs, Octubre 2010)



A continuación se describen las medidas y estrategias que se fundamentan en acciones psicoterapéuticas así como estrategias individuales y sociales para el tratamiento del TEPT.

Terapia institucional

1. Es aconsejable la referencia a unidades médicas de consulta externa y de asistencia psicológica: Podrán establecerse los abordajes psicoterapéuticos enfocados en las distintas unidades de psicología con las cuales cuenta la institución.
2. Referencia a instituciones especializadas (Centro de Atención Integral de Salud Mental, IGSS) en donde se contará con las siguientes modalidades:

□ Tratamiento combinado:

Atención médica en la Unidad de Psiquiatría y Psicología a través de las siguientes opciones.

Consulta Externa: en donde el paciente lleva un seguimiento con unidad de psicología, y valorando gravedad de los síntomas, tratamiento combinado con psiquiatría.

Hospital de día: Programa establecido y exclusivo del Centro de Atención Integral de Salud Mental (IGSS), el cual cuenta con distintas actividades, de las cuales se puede incluir:

- Psicoterapia de grupo
- Biodanza

- Terapia ocupacional
- Actividades físicas.

La finalidad es crear un ambiente en donde el paciente logre identificar el trauma nuevamente, con apoyo de un equipo terapéutico a través de las áreas de Inter fase y Hospital de Día. Tiene una duración aproximada de 8 semanas.

Hospitalización:

La cual es considerada dependiendo de la gravedad de los síntomas presentes, su cronicidad y disfuncionalidad de acuerdo a los criterios establecidos por los manuales diagnósticos utilizados en la unidad. El paciente puede ser ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos en donde permanece por un período de tiempo necesario hasta lograr su estabilización integral y crear una mejoría parcial de los síntomas.

Dentro de las opciones con las que cuenta el centro de Atención Integral de Salud Mental (IGSS) se pueden mencionar las siguientes modalidades:

Terapia Individual:

La terapia individual es la técnica que se utiliza para brindar apoyo rápido y concreto a aquellos pacientes que por el contexto en que se encuentran es difícil proporcionarles un tratamiento más prolongado y profundo para sus problemas teniendo como objetivo

llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible, eliminando los síntomas para establecer un nivel propicio de funcionamiento haciendo el esfuerzo para fortalecer las defensas existentes, a la vez que se elaboran mejores mecanismos de control. Sus técnicas son utilizadas e implementadas por profesionales entrenados constituyéndose como terapia principal.

(Bellak, 1993)

Terapia de Grupo:

Método utilizado por uno o varios terapeutas en el cual se reúnen dos o más personas denominadas pacientes más o menos permanentes. Son estructura abiertas o cerradas, heterogéneos en diagnóstico y género, en forma voluntaria donde las personas reunidas interactúan e interrelacionan con fines psicoterapéuticos. (Irving Yalom)

Biodanza:

Es un sistema de integración y desarrollo humano basado en vivencias inducidas por la música, el movimiento y la emoción, con el fin de ayudar a la solución de conflictos interiores y al desenvolvimiento armónico de la personalidad. Se utilizan ejercicios y músicas organizadas con el fin de aumentar la resistencia al estrés, promover la renovación orgánica y mejorar la comunicación. La práctica periódica de la biodanza ayuda a superar enfermedades como el estrés, la depresión, la falta

de deseo sexual o los trastornos de la alimentación. Además, fomenta el disfrute de los actos simples de la vida cotidiana como hablar y comer. Asimismo, potencia la sinceridad y la espontaneidad de la persona. Tiene como objetivo trabajar con la parte sana del individuo y fortalecer las áreas sanas del ser humano, no tiene restricciones en cuanto a edad, sexo o escolaridad, al buscar el contacto.

Musicoterapia:

Es una técnica terapéutica que utiliza la música en todas sus formas con participación activa o receptiva por parte del paciente (Congreso Mundial de Musicoterapia, París, 1974). Con la Musicoterapia se intenta hacer llegar al cerebro unos estímulos que le lleven a una relajación o anulación de los que reproducen la enfermedad a través de diversas melodías con las que se pueden conseguir efectos sorprendentes. Se puede trabajar cualquier tipo de problemática emocional abriendo canales de comunicación.

Psicodrama:

Es una técnica global que integra el cuerpo, las emociones y el pensamiento. El psicodrama integra los siguientes aspectos: la parte corporal, las emociones y sentimientos, la comunicación verbal y no verbal, con énfasis particular en la acción corporal para reforzar los sentimientos y las emociones. Es un

método terapéutico donde se utiliza el juego de roles como medio para corregir y ampliar la percepción. La representación de roles sirve de satisfacción parcial a las necesidades o deseos reprimidos por la familia, sociedad y la cultura. Utiliza técnicas dramáticas para ejercer una acción terapéutica sobre las personas, se utiliza en pacientes que presentan síntomas y problemas personales para intentar modificar sus dificultades emocionales en grupos no muy grandes de preferencia. Es una técnica psicoterapéutica. (Jacob Moreno).

Terapia ocupacional:

Es definida por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional en 1968 como "El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para tratar o adiestrar a los pacientes con disfuncionalismos físicos o psicosociales".

Psicoterapia Gestalt:

Un enfoque psicoterapéutico de contacto fenomenológico, existencial, integrativo y experiencial, en donde el proceso y diálogo giran en torno a una actitud de co-participación espontánea y creativa, de los involucrados en una dinámica de apoyo (confianza) y confrontación (perturbación) con la libertad y la responsabilidad, del ser auténtico y su auto-actualización.

5. ANEXOS

Signos comunes después de la exposición al evento Traumático: (VA/DoD Clinical Practice Guideline for the management of Post-Traumatic Stress. Department of Veterans Affair, October 2010)

Físicos	Cognitivos/ mentales	Emocional	Comportamiento
Dolor de Pecho	Culpar a alguien más	Agitación	Consumo de alcohol
Escalofríos	Cambios en alerta	Ansiedad	Actos antisociales
Disnea	Confusión	Aprensión	Cambios en actividad
Hipertensión	Dificultad en identificar a otras personas	Negación	Cambios en comunicación
Desvanecimiento	Hipervigilancia	Depresión	Cambios en funcionamiento sexual
Fatiga	Aumento sensibilidad espacial	Shock emocional	Cambios en patrón de diálogo
Rechinar dientes	Desorientación	Miedo	Explosión emocional
Cefalea	Problemas en memoria	Sobrecogimiento	Movimientos erráticos
Tembor muscular	Trastornos del sueño (insomnio, hipersomnia, pesadillas, terrores nocturnos, y otros)	Pérdida	Hiperalerta emocional
Náusea	Pensamiento abstracto reducido	Culpa	Dificultad en descansar
Diaforesis	Pobre atención	Respuesta emocional inapropiada	Pérdida o aumento de apetito
Taquicardia	Pobre concentración	Irritabilidad	Quejas somáticas
Síntomas de shock	Pobre toma de decisiones	Perdida en control emocional	Reflejos aumentados
Sed	Dificultad en solución de problemas	Dolor severo	Susplicacia
Calambres	Flashbacks	Falta de seguridad	Abstinencia
Dificultad visual			
Vómitos			
Debilidad			

- Fármacos utilizados para el manejo de Trastorno de Estrés Postraumático:

Medicamento	Familia	Dosis	Efectos Adversos	Precauciones
Paroxetina	ISRS	<ul style="list-style-type: none"> 20mg/día. Esperar un par de semanas antes de aumentar dosis. Luego se puede aumentar 10mg/día por semana, hasta llegar a un máximo de 60mg/día. 	<ul style="list-style-type: none"> Disfunción sexual Problemas gastrointestinales: estreñimiento, diarrea, sequedad de boca, disminución del apetito. Sedación Sudoración 	<ul style="list-style-type: none"> Hiponatremia en adultos mayores Convulsiones Puede aumentar efectos anticolinérgicos de medicamentos Puede aumentar concentración plasmática de betabloqueadores Categoría C en el embarazo
Sertralina	ISRS	<ul style="list-style-type: none"> 50-200mg/día. Iniciar 25mg/día. Incrementar a 50mg/día luego de la primera semana. Esperar al menos 2 semanas antes de continuar incrementand o. Dosis única. 	<ul style="list-style-type: none"> Disfunción sexual Problemas gastrointestinales: estreñimiento, diarrea, sequedad de boca, disminución del apetito Sedación Sudoración 	<ul style="list-style-type: none"> Convulsiones Puede producir ideación suicida en niños y adolescentes No utilizar en pacientes que toman Pimozide, Thioridazine y Disulfiram Categoría C en el embarazo

Venlafaxina	SNRI	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar 37.5mg una vez al día (XR) o 2550mg dividido en 2-3 dosis por una semana a tolerar • Incrementar dosis gradualmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas neurológicos: cefalea, ansiedad, insomnio, náusea • Disfunción sexual • Astenia • Sudoración • SIADH • Hiponatremia • Hipertensión arterial 	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones • Pacientes con glaucoma de ángulo cerrado no controlado • Ideas suicidas • Categoría C en el embarazo
-------------	------	--	---	--

		<p>hasta 75mg cada 4 días.</p> <p>☐ Dosis máxima 375mg/día.</p>		
Fluoxetina	ISRS	<ul style="list-style-type: none"> • 20-40mg/día • Iniciar con 20mg esperar unas semanas antes de aumentar dosis. • Dosis máxima 80mg/día. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción sexual • Problemas gastrointestinales: estreñimiento, diarrea, sequedad de boca, disminución del apetito • Sedación • Sudoración 	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones • Inducción suicida • No utilizar en pacientes que toman Pimozide, Thioridazine • Categoría C en el embarazo
Fluvoxamina	ISRS	<ul style="list-style-type: none"> • 100-200mg/día. • Iniciar con 50mg/día. • Aumentar semanalmente. • Dosis máxima de 300mg/día 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción sexual • Problemas gastrointestinales: estreñimiento, diarrea, sequedad de boca, disminución del apetito • Problemas neurológicos: sedación, sudoración • Hiponatremia 	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones • Inducción suicida • No utilizar en pacientes que toman Pimozide, Thioridazine • Puede interferir con la Warfarina. • Su concentración puede disminuir en fumadores. • Categoría C en el embarazo.

Mirtazapina	NasS a	<ul style="list-style-type: none"> • 30-60mg/día por la noche. • Iniciar con 15mg/día. • Aumentar cada 1-2 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas gastrointestinales: sequedad de boca, estreñimiento, aumento de apetito, aumento de peso • Problemas neurológicos: sedación, mareos, sueños anormales, confusión • Síntomas similares a una gripe • Hipotensión • Alteraciones a la micción 	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones • Agranulocitosis • Aumenta colesterol • Puede causar foto sensibilidad • Evitar consumo de alcohol porque puede aumentar sedación • Ideas suicidas en especial en niños y adolescentes • Categoría C
Carbamazepina	AC	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis usual: 400-1,200mg/día. • Iniciar 200mg dos veces al día. • Aumentar gradualmente 200mg/día 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas neurológicos: sedación, mareo, confusión, cefalea • Problemas gastrointestinales: náusea, vómitos • Visión borrosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede provocar síndrome de Steven Johnson. • Anemia aplásica • Agranulocitosis • SIADH

		semanalmente.	<input type="checkbox"/> Leucopenia benigna <input type="checkbox"/> Rash.	
Escitalopram	ISRS	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis usual: 10-20mg/día hasta 3040mg. • A mayor dosis mayores efectos secundarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Leve aumento de peso • Disfunción sexual • Problemas gastrointestinales: disminución del apetito, náusea, diarrea, estreñimiento, boca seca • Problemas neurológicos: sedación, insomnio, agitación, temblor, cefalea, mareos • Sudoración • Hipernatremia en adultos mayores 	<ul style="list-style-type: none"> • Precaución en pacientes con historia de convulsiones • Monitorear por activación de ideas suicidas • NO USAR: Si toma IMAO • Categoría C en el embarazo

Imipramina	ATC	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis usual: 50-150mg/día. • Dosis inicial 25mg/día en la noche. • Aumentar 25mg cada 3 a 7 días. • Dosis de 75100mg/día una dosis al día o en dosis divididas. • Dosis máxima: 300mg/día. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visión borrosa • Problemas gastrointestinales: estreñimiento, aumento del apetito, sequedad de boca, náusea, diarrea, pirosis, sabor raro en la boca • Retención urinaria • Aumento de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede causar ileo paralítico, disminuir umbral convulsivo, hipotensión ortostática, muerte súbita, arritmias, taquicardias • No usar con IMAOs • Pacientes con glaucoma de ángulo cerrado • Categoría D en el embarazo
Lamotrigina	AC, EA	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis de estabilizador del ánimo: 100-200mg/día. • Titulación: iniciar 25mg/día durante dos semanas, luego aumentar a 50mg en la tercera semana, en la quinta 	<ul style="list-style-type: none"> • Rash benigno (10%) • Problemas neurológicos: sedación, visión borrosa, mareos, ataxia, cefalea, tremor, insomnio, poca coordinación • Fatiga • Problemas gastrointestinales: náusea, vómitos, dispepsia, dolor abdominal, estreñimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede provocar Síndrome de Stevens Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, discrasias sanguíneas. • Categoría C en el embarazo.
		<ul style="list-style-type: none"> • semana aumentar a 100mg. 		

Quetiapina	AA	<ul style="list-style-type: none"> □ Dosis de 50300mg/día. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas neurológicos: mareos, sedación • Problemas gastrointestinales: boca seca, estreñimiento, dispepsia, dolor abdominal, aumento de peso • Taquicardia • Hipotensión ortostática • Priapismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede aumentar el riesgo de diabetes o dislipidemia • Riesgo de discinesia tardía • Puede producir hiperglicemia asociado a cetoacidosis o coma hiperosmolar. • Síndrome neuroléptico maligno • Categoría C en el embarazo
Topiramato	AC	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis usual: 200-400mg/día en dos dosis divididas. • 50300mg/día para terapia adyuvante. • Iniciar con 25mg/día e ir aumentando 50mg cada semana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas neurológicos: sedación, astenia, mareos, ataxia, parestesia, nerviosismo, nistagmo, tremor • Problemas gastrointestinales: náusea, pérdida de apetito • Pérdida de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidosis metabólica • Litiasis renal • Categoría C en el embarazo
Tianeptina	ATC	<ul style="list-style-type: none"> • Inicial: 12.5mg tres veces al día. • Dosis terapéutica usual: 25-50mg/día. • Dosis máxima: 50mg/día 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas neurológicos: cefalea, mareos, insomnio, sedación • Problemas gastrointestinales: náusea, estreñimiento, dolor abdominal, boca seca • Sueños anormales • Raramente hepatotoxicidad • Taquicardia 	<ul style="list-style-type: none"> • No aprobado por FDA • Disminuye el umbral convulsivo • Teóricamente, podría prolongar el intervalo QT pero no está bien estudiado

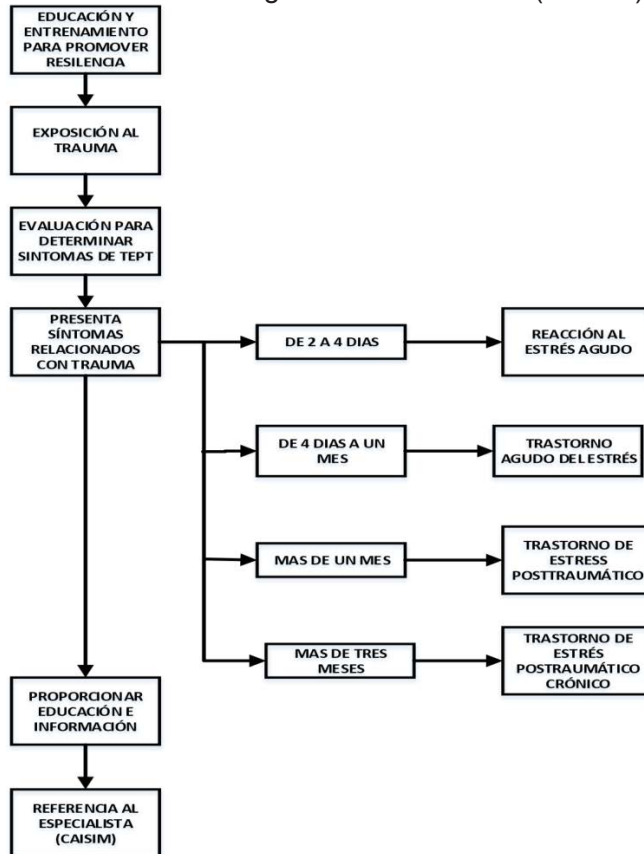
*ISRS: Inhibidor de la recaptación de serotonina. ATC: antidepresivo tricíclico. AC: anticonvulsivante. EA: estabilizador del ánimo. AA: antipsicótico atípico. SNRI: antagonista de noradrenalina y serotonina.

Medicamentos no recomendados:

Medicamento	Familia
Alprazolam	Benzodiacepinas
Clonazepam	Benzodiacepinas
Citalopram	ISRS
Ácido Valpróico	AC

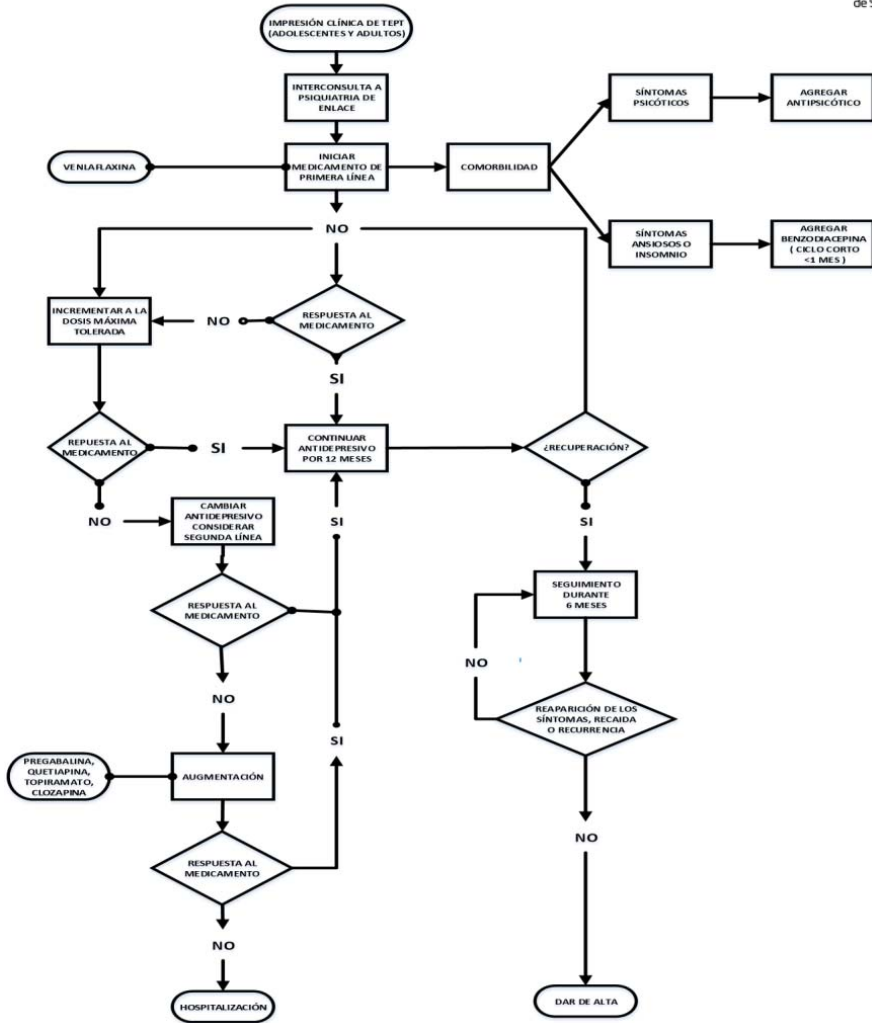
*ISRS: Inhibidor de la recaptación de serotonina. ATC: antidepresivo tricíclico. AC: anticonvulsivante. EA: estabilizador del ánimo. AA: antipsicótico atípico. SNRI: antagonista de noradrenalina y serotonina.

Algoritmo para manejo de atención primaria y referencia a Centro de Atención Integral de Salud Mental (CAISM):



(Adaptado de Guías de Prácticas Clínicas Ministerio de Defensa para Trastorno de Estrés Posttraumático, Estados Unidos. Modificado IGSS-2016).

Algoritmo para manejo farmacológico del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)



Tomado de Guías de Práctica Clínica de México. Modificado IGSS 2016

Fármacos con los que se cuenta en la Institución y su codificación:

FÁRMACO		CÓDIGO
Venlafaxina	75mg	2091
Escitalopram	10mg	10508
Tianeptina	12.5mg	2011
Clomipramina	75mg	861
Clonazepam	2mg	845
Alprazolam	0.5mg	898
Quetiapina	300mg	10507

Venlafaxina está indicado como tratamiento de primera línea en el TEPT, los demás fármacos se deberán utilizar en función de las necesidades del servicio.

El uso de benzodiacepinas no está indicado para el manejo de este diagnóstico, sin embargo valorar utilizar ciclos cortos para el manejo agudo del mismo, nunca como terapia individual.

6. GLOSARIO

Alexitimia: Término psicodinámico, acuñado por M.E. Sifneos (1973), que hace referencia a la dificultad de expresar los sentimientos verbalmente. A veces está asociada a un pensamiento pragmático y a una carencia de fantasía.

Proyección: Mecanismo de defensa del yo. El impulso censurable, en vez de ser percibido como propio del yo, es rechazado y atribuido a otro.

Introyección: Mecanismo de defensa del yo mediante el cual los objetos externos amados u odiados son absorbidos simbólicamente por el sujeto.

Violencia: Cualidad de violento. Acción y efecto de violentar o violentarse. (RAE)

Resiliencia: Capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. (RAE)

Hipervigilancia (*hiperfrenia*): Se trata de una elevación del nivel de conciencia.

Embotamiento afectivo: Disminución de la intensidad de la expresividad emocional respecto a lo que se considera normal. Se reduce la excitabilidad de los afectos y hay debilitamiento de la reactividad motora.

Amnesia psicógena (amnesia disociativa): Trastorno disociativa, mediado probablemente por procesos

disociativos, que se caracteriza por una incapacidad para recordar aspectos importantes de un episodio traumático. Su característica esencial es la incapacidad súbita para recordar información personal importante.

Ideas delirantes (delirio): Creencias falsas sobre la realidad externa, basadas en inferencias incorrectas, que se sostienen firmemente a pesar de que los demás estén en desacuerdo y se obtengan pruebas y evidencias indiscutibles en su contra.

Alucinaciones: Sensación subjetiva falsa que no va precedida de impresión en los sentidos. (RAE)

Disociación: Separación de la conciencia de determinados contenidos mentales. Es el mecanismo propio de los trastornos de conversión y de los trastornos disociativos.

Distrés: Se define como el estrés desagradable. Es un estrés que ocasiona un exceso de esfuerzo en relación a la carga.

Trauma: Choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente. Emoción o impresión negativa, fuerte y duradera. (Real academia española)

Flashback: Acontecimientos vitales traumáticos vividos con anterioridad aparecen de nuevo en la conciencia con gran viveza, con muchos detalles, se dice que con una cualidad casi fotográfica.

Estrés: Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves. (Real academia española)

Homeostasis: Conjunto de fenómenos de autorregulación, que conducen al mantenimiento de la constancia en la composición y propiedades del medio interno de un organismo.

Personalidad límite: Una de las características principales de estos sujetos es su inestabilidad emocional y la impulsividad. Sus relaciones personales son inestables e intensas. Son frecuentes en ellos las autolesiones, los intentos de autolisis y los abusos o dependencia a las drogas. Presentan un trastorno de la identidad ante la orientación sexual o los objetivos de su vida a largo plazo. Reaccionan emocionalmente de forma exagerada ante las más mínimas frustraciones. Les resulta difícil controlar su ira. Sufren de un sentimiento de vacío permanente. En sus relaciones con los demás recurren a la manipulación y al chantaje afectivo. Es frecuente encontrar este trastorno de la personalidad comórbido con trastornos como la depresión, los trastornos de la conducta alimentaria, la dependencia a drogas y el trastorno por estrés posttraumático.

Personalidad paranoide: Se trata de personas desconfiadas, que siempre esperan que los demás le exploten, le dañen o desprecien, a consecuencia de esto rechazan las relaciones con las personas. Se quejan

continuamente y se consideran objeto de maltrato. Fácilmente irritables. Suelen emplear como principal mecanismo de defensa la proyección.

Personalidad dependiente: Son personas que adoptan una actitud pasiva, dejan que los demás tomen la iniciativa por ella, tomen las decisiones cotidianas por ella. Su autoestima depende del apoyo de los demás. Tienen miedo de ser abandonados. Son serviles, dóciles, sumisos, faltos de confianza en sí mismo. Se valoran así mismos dependiendo de la valoración de los demás. Necesitan a cualquier precio el apoyo de los demás, si carecen de este apoyo aparecen sentimientos de vacío y terror.

Personalidad antisocial: Son personas con muy bajas tolerancias a la frustraciones, impulsivas, irresponsables, inclinadas al riesgo, con dificultades para establecer relaciones sociales y mantener estas una vez iniciadas. Son incapaces de experimentar sentimientos de culpa. Desprecian los valores tradicionales. No se interesan por los sentimientos y necesidades de los demás. Tampoco dependen de la valoración de los demás, son autosuficientes. A diferencia de la mayoría de las personas en las cuales los impulsos inaceptables se reprimen o disfrazan, en estas los impulsos inaceptables se descargan.

Regresión: Retroceso a estados psicológicos o formas de conducta propias de etapas anteriores, a causa de tensiones o conflictos no resueltos.

Mecanismo de defensa: son aquellos medios psicológicos que el yo utiliza para solucionar los conflictos que surgen entre las exigencias de los instintos y la necesidad de adaptarse al mundo real. Estos mecanismos de defensas pueden ser eficaces o ineficaces o patógenos. Los mecanismos ineficaces o patógenos van a originar las neurosis.

Represión: En el psicoanálisis, proceso por el cual un impulso o una idea inaceptable se relegan al inconsciente.

Negación: Incapacitar, desautorizar a alguien

Formación de reacciones: Término psicoanalítico. Mecanismo de defensa del yo. Mediante este mecanismo el impulso inaceptable se transforma en su contrario. La formación reactiva es característica de las neurosis obsesivas.

Anulación: Incapacitar, desautorizar a alguien



7. ABREVIATURAS

TEPT:	Trastorno de Estrés Postraumático
PTSD:	Post-traumatic stress Disorder
ISRS:	Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
ISRSN:	Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina.
EA:	estabilizador del estado de ánimo
ATC:	antidepresivo tricíclico
AA:	Antipsicótico atípico
AC:	Anticonvulsivante
CAISM:	Centro de Atención Integral de Salud Mental
IGSS:	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
BZD:	Benzodiacepinas
DSM-5:	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Quinta edición.
CIE-10:	Clasificación Internacional de las enfermedades. 10edición.



8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) Décima versión. 2001.
2. Health and Human Rights Info. Trastorno de Estrés Postraumático. 2001. Versión web disponible en: <http://www.hhri.org/es/>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
4. Sadock, B., Sadock, V. (2009). Kaplan & Sadock "Sinopsis de Psiquiatría". Baltimore: Wolters Kluwer, p 612
5. "Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos". marzo17, 2015, de Revista chilena de neuropsiquiatría Sitio web:
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext
&pid= S0717- 92272002000600003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600003&lng=es)
6. Stahl, S... (2013). Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. New York: Cambridge University Press, pp752-753.
7. Vallejo, R., Leal, C. (2012). Tratado de psiquiatría. Madrid: Marbán, p p 1369-1373
8. ¿Cuánto le cuesta la Violencia a El Salvador? Cuadernos sobre Desarrollo Humano No. 4, PNUD - El Salvador, 2005
9. Universidad de San Carlos de Guatemala. Encuesta Nacional de Salud Mental, 2009

10. Suazo, F. La Cultura Maya ante la Muerte. Daño y duelo ante la comunidad de achí de Rabinal.
11. Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF), evaluaciones psicológicas y psiquiátricas realizadas en las sedes periciales de INACIF, a nivel nacional, años 2013, 2014 y 2015 (enero - junio).
12. Perrin M, Vandeleur CL, Castelao E, Rothen S, Glaus J, Vollenweider P, Preisig M. Soc. Psychiatry. Psychiatry Epidemiology. 2014 Mar; 49(3):447-57. Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population.
13. Sareen J. Can J Psychiatry. 2014 Sep; 59(9):460-7. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment.
14. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002
15. Paul Ciechanowski, Wayne Katon, Posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, and diagnosis, Uptodate, Dic. 2014
16. Borwin Badelow, Leo Sher, Roberta Bunevicios, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive compulsive disorder and posttraumatic stress

- disorder in primary care, International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2012; 16: 77-84
17. VA/DoD clinical practice guideline for the management of Post-Traumatic Stress. Department of Veterans Affairs, October 2010
 18. National Institute of Mental Health, Posttraumatic Stress Disorder, US department of mental health, NIH
Publication, No. 08 6388
 19. (PTSD) The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guideline march 26, 2005. Update, December, 2013
 20. (Gore, T. Lucas, J. Posttraumatic Stress Disorder. Medscape Reference. Noviembre, 2014. Disponible en:
<http://emedicine.medscape.com/article/288154overview>)
 21. Enrique Echeburúa. Paz de Corral, Pedro Javier Amor, et al. Escala de Gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. Universidad del País Vasco, 1997, Vol. 23.
 22. Jesús Sanz. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. El Sevier, 25, 39-48.)
 23. NHS. (2005, marzo). Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), Gestión del TEPT en niños y adultos en atención primaria y

- secundaria. Instituto Nacional para la Excelencia Clínica, 26, 19-22
24. Martin A Katzman. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14, 35-37
 25. Fittipaldi, Sol, Mariana, et al. Tratamiento combinado para el trastorno por estrés postraumático: una revisión sobre su eficacia. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2013.
 26. Stephen M. Stahl. (2005). *Essential Psychopharmacology, The Prescriber's guide*. Cambridge University: Cambridge University Press.
 27. Departamento de Estadísticas. Sala situacional, 2013, 2014. Centro de Atención Integral de Salud Mental.
 28. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Guías de depresión basadas en prácticas clínicas. 2010.





Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224 www.igssgt.org