

# Diagnóstico Diferencial del Trastorno de Estrés Postraumático

---

## Differential Diagnostic of Posttraumatic Stress Disorder

José Carlos Mingote Adán  
Comunidad Autónoma de Madrid, España

**Resumen.** El DSM-III (1980) redefinió el trastorno de estrés postraumático (TEPT) como una entidad diagnóstica principal dentro de los trastornos de ansiedad, aunque se mantiene la controversia científica en varios aspectos, como la validez diagnóstica y de constructo, y persisten las dificultades diagnósticas y de tratamiento de estos pacientes. Para lograr este objetivo se destaca la importancia de mejorar el proceso multidimensional de valoración, el uso combinado de medidas objetivas y subjetivas, así como un amplio rango de capacidades funcionales actuales y pasadas afectadas en el desarrollo de los trastornos relacionados con experiencias traumáticas. Éstas incluyen un amplio espectro de capacidades cognitivas, afectivas, conductuales y fisiológicas, como se propone en este artículo y en la bibliografía revisada.

*Palabras clave:* criterios diagnósticos, dificultades diagnósticas, evaluación multidimensional.

**Abstract.** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) endorsed the existence of a definitive posttraumatic syndrome (American Psychiatric Association, 1980) as a major diagnostic entity within the anxiety disorders. Despite this advance, scientific controversy surfaced again, around issues such as the diagnostic validity and diagnostic difficulties and treatment of these patients. To accomplish this goal, the multifaceted assessment emphasizes the combined use of objective and subjective data bases, the past and current functional abilities in a wide range of skills felt to be impacted in a development of trauma disorders. These include a wide spectrum of cognitive, affective, behavioral, and physiological capacities that have been theoretically and empirically shown to be affected in this disorder.

*Keywords:* diagnostic criteria, diagnostic difficulties, multifaceted assessment.

### Introducción: ¿Qué es el TEPT?

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es reconocido por primera vez como entidad clínica independiente en la tercera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III, 1980) debido a la

---

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al autor al e-mail: jmingote.hdoc@salud.madrid.org

preocupación e interés que despiertan las secuelas psicotraumáticas de los veteranos de la guerra de Vietnam y de otros ámbitos sociales como la violencia de género, los accidentes y las numerosas manifestaciones de la violencia humana. Las primeras descripciones del TEPT se remontan a la Odisea de Homero, en la que éste describe las reacciones de intenso terror, agitación y/o parálisis conductual, durante las batallas entre los soldados griegos.

Se trata del único trastorno mental definido por su etiología específica en la nosología actual. Es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la población general, aunque se reconoce que está infradiagnosticado y que la mayoría de los pacientes que lo padecen no reciben tratamiento específico adecuado. Este hecho se explica por varios factores: porque estos pacientes se presentan con síntomas que sugieren de forma superficial otros trastornos mentales, por la evitación característica de los estímulos relacionados con la experiencia traumática y por un enfoque asistencial orientado a los síntomas y no al cuidado de la persona que los padece. Como consecuencia, la repercusión funcional que produce en estos pacientes es mayor que la de la depresión mayor, según el Consenso español sobre evaluación y tratamiento del trastorno de estrés postraumático (2007).

El TEPT se caracteriza por una serie característica de síntomas no específicos y que aparecen en un individuo como consecuencia de la exposición a estresores traumáticos con amenaza vital grave y riesgo objetivo para la integridad física, junto con la percepción subjetiva de miedo intenso y atribución de incapacidad personal para afrontar el acontecimiento. Se ha demostrado la existencia de una relación dosis-respuesta entre la gravedad del impacto del trauma y la del trastorno padecido, junto con otros factores predictores premórbidos como la existencia de trastornos mentales previos. Así mismo otros factores de riesgo para desarrollar TEPT crónico (duración superior a un año) son el sexo femenino, un alto porcentaje de trastornos comórbidos de ansiedad y depresión comórbidos y antecedentes familiares de conducta antisocial. Los criterios diagnósticos son: reexperimentación del suceso traumático, evitación de estímulos asociados al mismo, embotamiento emocional e inhibición de la capacidad de respuesta, hiperactivación psicofisiológica, e hiperalerta generalizada. El estresor traumático produce la amenaza de daño a la integridad y a la dignidad personal, con anticipación de la destrucción personal, que pasa a ser una marca biográfica indeleble y una amenaza de muerte permanente, con vivencias siniestras como la de ser un “cuerpo extraño que ha roto mi vida” y que “me aprisiona en el sin sentido, como muerto en vida”. Esta perspectiva psicobiológica está recogida en numerosas publicaciones como las de Cebrián, Mingote, Isla y cols. 2009; Serrani, 2010).

El TEPT consiste en una disregulación multisistémica, prototipo de enfermedad compleja y no sólo mental, que incluye al menos la alteración del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal, hipersensibilidad adrenérgica, y disfunción serotoninérgica, opioide y glutamatérgica. El TEPT constituye un nuevo paradigma para el estudio de la interacción de factores psicosociales y neurobiológicos en situaciones extremas de estrés, sobre todo en personas con factores de riesgo tales como antecedentes personales psiquiátricos y bajo apoyo social. Se trata de un trastorno muy frecuente en la población general, aunque por sus propias características está infradiagnosticado, los pacientes se diagnostican y se tratan de los trastornos asociados, de forma parcial, cuando el cuadro se ha cronificado y complicado con otros trastornos mentales y enfermedades médicas. Los pacientes evitan actividades, lugares y personas asociadas al suceso, tanto como recuerdos, ideas y conversaciones sobre el suceso, salvo cuando han establecido una relación de confianza y seguridad personal con el profesional sanitario que le atiende (Gozalo, Mingote, Carretero y cols. 2005).

Se han propuesto numerosos modelos teóricos para comprender el TEPT, más de diez, pero recientemente se prefieren los de tipo integrador, con inclusión de factores neurobiológicos, con un procesamiento alterado de la información y del afrontamiento adaptativo (Yehuda, Mc Farlane, 1997; Marshall, Miles, Stewart, 2010).

### Cuadro Clínico y criterios diagnósticos

Peterson, Prout y Schwarz (1991) diferenciaron los síntomas primarios del TEPT de los síntomas secundarios. Los primeros son los que constituyen los criterios diagnósticos del trastorno según es oficialmente reco-

nocido en el DSM-IV-TR (2000) y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Los síntomas secundarios o asociados hacen referencia al conjunto de síntomas y trastornos mentales que se asocian con frecuencia al síndrome nuclear en los pacientes con TEPT tales como de ansiedad, depresión, somatización, conductas impulsivas y adicciones. Además de estos síntomas, el DSM-III incluía el síntoma de la percepción de un futuro personal acortado, que no se mantiene en el DSM-IV salvo como anticipación de un futuro desolador dentro del grupo de los síntomas de evitación. Puede manifestarse como alteraciones en la percepción del tiempo presente o pasado, como anticipaciones catastróficas y premoniciones de fracaso vital en “espiral negativa”. Estas alteraciones pueden mediar en cambios persistentes de la personalidad con intensificación de los rasgos de carácter previo, y disminución o empobrecimiento de los recursos personales de afrontamiento disponibles, desconfianza e hipervigilancia generalizadas, aislamiento social, así como una gran necesidad de control personal sobre el medio. También pueden destacar unas elevadas necesidades de dependencia, intensa ambivalencia y mal control de impulsos.

En el DSM-IV-R se mantienen las mismas características esenciales del DSM-III aunque con algunas diferencias. Así, se hace más énfasis en la importancia de los síntomas de inhibición cognitivo-afectivo-conductual y de evitación de representaciones simbólicas de algún aspecto del trauma, como se detalla a continuación:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos o sentimientos asociados con el trauma.
2. Esfuerzos para evitar actividades o situaciones que despierten los recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma.

Igualmente se especifican los síntomas de TEPT en niños:

- Recuerdos recurrentes e intrusiones dolorosas del acontecimiento traumático (en los niños pequeños, juegos repetidos en los que se expresan aspectos o temas del trauma).
- Disminución importante del interés en actividades significativas (en los niños pequeños la pérdida de logros evolutivos recientemente adquiridos tales como el control de esfínteres o el lenguaje).

Y finalmente se suprime la culpa del superviviente de las características principales y se relega a las secundarias.

En el DSM-IV-R se especifican con más detalle los criterios que ha de cumplir el estresor traumático, así como los criterios de reexperimentación, evitación, activación, duración e intensidad del malestar que deben cumplirse en el paciente individual para poder ser diagnosticado de TEPT y que se recogen en la Tabla 1.

Especificar si es:

Agado: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

A continuación comentaremos algunos de estos criterios diagnósticos:

**A.** El criterio del estresor traumático ha sido calificado de distintas formas en las sucesivas ediciones del DSM, y sobre todo el peso relativo que tiene en la determinación del trastorno, en comparación con los factores personales y ambientales. La característica fundamental de todos los estresores traumáticos es que constituyen una grave amenaza para la vida de un ser humano y para su integridad personal. Más allá de sus características objetivas destacan los siguientes aspectos de la percepción subjetiva del estresor traumático: miedo intenso, atribución de incapacidad personal, percepción de amenaza vital y riesgo de violencia física; criterios que se han incluido en la revisión del DSM-IV. La mayoría de las personas no desarrollan TEPT incluso cuando han sufrido traumas horribles: lo que destaca la importancia de diferentes factores de vulnerabilidad individual tales como:

1. Vulnerabilidades genéticas para enfermedades psiquiátricas.
2. Adversidades en la infancia.
3. Algunos rasgos de personalidad como los de dependencia, paranoide, límite y antisocial.
4. Acumulación de otros estresores actuales.
5. Inadecuado apoyo social.

**Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de F43.1. Trastorno por estrés protraumático (309.81)**

- A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
  2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
- B.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
  2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
  3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: los niños pequeños pueden escenificar el acontecimiento traumático específico.
  4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
  5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C.** Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
  2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
  3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
  4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
  5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
  6. Restricción de la vida afectiva (Ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
  7. Sensación de un futuro desolador (Ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).
- D.** Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. Dificultades para conciliar y mantener el sueño.
  2. Irritabilidad o ataques de ira.
  3. Dificultades para concentrarse.
  4. Hipervigilancia.
  5. Respuestas exageradas de sobresalto.
- E.** Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.
- F.** Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

6. Abuso reciente de alcohol.
  7. Atribución de control externo.
- B.** La reexperimentación del trauma puede tener lugar de varias formas tales como pensamientos, percepciones corporales, sentimientos, recuerdos o representaciones involuntarias del acontecimiento traumático de forma muy perturbadora para el paciente. La presencia de estas intrusiones no deseadas y muy desagradables, caracterizan el trastorno, sea en forma de rumiaciones, de crisis de angustia o de llanto incontrolado, o bien como somatizaciones o como episodios violentos de descontrol. Durante el sueño suele reexperimentarse la experiencia traumática como pesadillas repetidas que dramatizan algunos aspectos de la misma, aunque también pueden aparecer otras representaciones que son falsas, sean plausibles o completamente disociadas de la realidad. En bastantes casos, estos sueños típicos del enfermo con TEPT pueden continuar influyéndole más allá del sueño durante la vigilia. Se trata de sueños tan vívidos que parecen reales al sujeto, determinan su estado emocional vigil e incluso su conducta en continuidad funcional con los contenidos y los afectos del sueño. La repetición vivencial del acontecimiento traumático puede tener lugar como “flashbacks”, ilusiones y como alucinaciones. En estos casos el comienzo es súbito, se acompañan de intensas expresiones emocionales y por amnesia ulterior del fenómeno acontecido. Se trata de estados alterados de conciencia que pueden durar desde escasos minutos hasta varias horas, tras los que se recupera el juicio de realidad y se conserva la identidad personal. En algunos episodios de “flashback” la conciencia puede ser excluida y los afectos relacionados con el acontecimiento pueden determinar la conducta motora, aunque cuando finaliza el paciente suele distinguir sus imágenes traumáticas de la realidad y lo más común es que no pierda el control o juicio de realidad. Estos estados pueden desencadenarse por estímulos externos tanto como por varios estados psicofisiológicos internos como los de alto

estrés, fatiga, insomnio o consumo de sustancias tóxicas: se trata de situaciones que intensifican los síntomas, sobre todo cuando el enfermo se expone a estímulos que éste asocia al trauma original.

Aunque Freud (1920) propuso que “la compulsión de repetición” era consecuencia del instinto de muerte, también hipotetizó que aquella podría ser necesaria como intento de dominar el acontecimiento traumático, distinguiendo pues dos formas de repetición compulsiva, la instintiva y la yoica o elaborativa. Esta última constituye un intento de elaboración de la experiencia traumática, ya que una función yoica específica es la de tratar de completar la integración de la nueva información de realidad con la antigua, almacenada en forma de esquemas cognitivo-afectivos. Desde el modelo del procesamiento de la información el trauma dejaría al Yo con “una tarea incompleta” en el sentido del efecto Zeigarnik, tendencia general a recordar mejor las tareas incompletas que las completas a fin de lograr la completud. A lo largo de toda su obra Freud no renunció a la teoría traumática sino que reorientó su interés hacia el conocimiento de los dinamismos emocionales inconscientes.

- C. Síntomas de evitación y embotamiento de la respuesta a los estímulos del mundo externo. La anestesia emocional o embotamiento psíquico general es la segunda característica clínica principal del TEPT, que puede manifestarse como pérdida de interés en actividades personales y sociales que antes del trauma resultaban interesantes y restricción de la capacidad de experiencia emocional. El paciente se siente extraño, alejado de los demás, que le perciben frío, no disponible. Este bloqueo emocional impide realizar el trabajo de elaboración mental de la experiencia traumática, que es como si no hubiera pasado o se recuerda de forma fragmentaria. Para Peterson, Prout y Schwarz (1991): “En el intento de evitar material doloroso, la persona se insensibiliza gradualmente a más emociones”, como forma extrema de “parada del pensamiento” y de “embotamiento conductual” secundario a la intensidad de la experiencia traumática.
- D. Hiperactivación psicofisiológica característica que si se cronifica media en los diferentes síntomas y enfermedades psicosomáticas que habitualmente complican la evolución clínica de estos pacientes. Los enfermos con TEPT sufren con más frecuencia varias enfermedades médicas graves y crónicas: enfermedad coronaria, hipertensión arterial, cáncer, hepatitis, alergias, varias enfermedades respiratorias y musculo-esqueléticas, así como numerosas somatizaciones. (De Loos WS, 1990; RB. 1995).

### **Validez del constructo**

Se discute aún la validez diagnóstica y la estructura factorial de este constructo, relacionado con tantas variables interviniéntes: tipo de muestra, tipo de trauma, grado de exposición, tamaño de la muestra, gravedad de la sintomatología, instrumentos de evaluación, etc. Se reconoce la necesidad de utilizar entrevistas diagnósticas estructuradas y no sólo autoinformes retrospectivos aplicados por personal no especializado. Se han propuesto modelos de varios factores, pero quizás el que más apoyo empírico está recibiendo es el de cuatro factores, desarrollado por King y col. (1998), según la revisión de Dongil Collado (2010). Este modelo clasifica los síntomas del TEPT en reexperimentación, evitación, embotamiento e hiperactivación, con una fuerte validez del constructo TEPT. El TEPT no es una reacción psicológica normal al estrés y es claramente diferenciable de otros trastornos mentales a pesar de reconocer una elevada comorbilidad con otros trastornos mentales. En efecto padecer TEPT constituye un factor de riesgo para padecer trastorno de pánico, depresión mayor, abuso-dependencia de alcohol y otras sustancias y fobia social, según demostraron Engdahl y col (1998).

### **Comorbilidad del TEPT y enfermedad mental**

Entre todos los estudios epidemiológicos realizados destaca la elevada comorbilidad del TEPT con otros trastornos mentales. Así, en los hombres los trastornos psiquiátricos asociados más frecuentes son: abuso o depen-

dencia de alcohol, otras adicciones, trastornos depresivos, de ansiedad, y trastorno de personalidad antisocial, mientras que en las mujeres sobresalen la depresión mayor, el trastorno de ansiedad generalizada y la distimia (Brady, Killeen, Brewston y Lucerni, 2000). Hasta que los pacientes establecen un vínculo terapéutico de calidad, son habitualmente diagnosticados y reciben tratamiento solamente para los trastornos mentales secundarios, se cronifican, se complican y hacen resistentes a los tratamientos que se les aplican de forma sintomática y parcial.

Algunos de estos trastornos mentales pueden ser factores de riesgo previos para el desarrollo de un TEPT, mientras que otros son también secundarios a la experiencia traumática o al propio TEPT. Por ello es muy importante distinguir entre el trastorno primario y el secundario, según la edad de inicio de cada uno de ellos para poder indicar una relación de causalidad. Existe un alto solapamiento de síntomas entre algunos trastornos psiquiátricos y el TEPT, el cual se presenta rara vez en su forma pura, ya que en la mayor parte de los casos (hacia el 80% de ellos) se asocia con al menos otro trastorno mental, del que habitualmente es diagnosticado y tratado el paciente, es decir del padecimiento secundario. Por todo ello, es conveniente realizar una aproximación diagnóstica multidimensional, y no sólo clínico-fenomenológica. De hecho, existen varias pruebas de tipo psicobiológico que pueden facilitar el diagnóstico diferencial de paciente con TEPT y con otros trastornos de ansiedad y afectivos.

Los síntomas de ansiedad forman parte del trastorno, pero los enfermos que lo padecen también pueden cumplir los criterios de otros trastornos de ansiedad, incluso como forma inicial de presentación del TEPT, a lo largo del mismo o como síntoma secundario, como fobias, psicosis e hipocondría.

La culpa del superviviente era un síntoma principal de TEPT en el DSM-III que luego se excluyó en sus ulteriores versiones. Puede aparecer en forma de rumiaciones obsesivas del tipo “¿por qué yo he sobrevivido mientras que ellos no han podido?”, o como autoreproches poco realistas por no haber podido prevenir la experiencia traumática.

Los trastornos adictivos son frecuentes padecimientos comórbidos asociados con TEPT, sobre todo el alcoholismo, como complicación secundaria al trastorno. Este hecho se ha explicado como intento de suprimir varios síntomas del TEPT como pesadillas, aunque tras desarrollar tolerancia se exacerbaban estos síntomas. Estudios realizados muestran que entre el 60-80 % de los veteranos de la guerra de Vietnam padecen enfermedades relacionadas con el alcohol, aunque la dirección de la flecha causal es controvertida:

1. Disponibilidad de sustancias adictivas.
2. Mayores niveles de exposición al combate, de forma que la severidad del trauma predice TEPT y la severidad de éste correlaciona con la severidad de la adicción.
3. Antecedentes personales y familiares de consumo adictivo, lo que también aumenta el riesgo de padecer TEPT.
4. Relativa juventud en el momento del combate.
5. Estilo atribucional de desesperanza aprendida.

El modelo de la auto-medicación de Khantzian (1985) que propone que el trastorno adictivo alivia de forma específica los síntomas disfóricos del TEPT, lo que refuerza su uso, ha perdido apoyo científico en los últimos años, pero puede explicar el mayor riesgo de dependencia de alcohol, sedante y opiácea de los pacientes con TEPT, así como la cronificación del mismo.

Más allá de sus distintas manifestaciones clínicas, el TEPT constituye una de las formas más características de claudicación adaptativa personal por la intensidad de los estresores impuestos desde el medio externo, en general tras presentar una reacción de estrés agudo, entidad que se incluye en el DSM IV como diagnóstico provisional que se desarrolla de forma inmediata a una situación aguda de estrés excepcional, la cual incluye síntomas mixtos, emocionales y alteraciones de la conducta que en general remiten de forma rápida y sin una intervención terapéutica externa.

La exposición a un evento traumático puede suponer el desarrollo de un trastorno mental, a lo que se añaden los cambios neurobiológicos implicados en el proceso de estrés crónico. Todo ello tiene importantes repercusio-

siones funcionales en la vida diaria de las personas afectadas, es más el TEPT constituye un factor de riesgo para otras patologías médicas, entre ellas algunas complicaciones del embarazo como embarazos ectópicos, abortos espontáneos, hiperemesis, síntomas de parto prematuro y crecimiento (Seng y cols. 2001). En veteranos de guerra con TEPT crónico, quienes han sido seguidos por casi veinte años, se encontró una mayor prevalencia de vida de enfermedades circulatorias, digestivas, músculo-esqueléticas, del sistema nervioso, respiratorio e infeccioso que los veteranos sin TEPT (Boscarino, 1997). Además diversos indicadores de patología médica se han encontrado aumentados en mujeres víctimas de violación o asalto en comparación con mujeres que no han sufrido estos hechos traumáticos (Koss, Koss, 1991; Golding, 1994).

Entre el 10-25% de los pacientes con enfermedades cardiovasculares también desarrollan TEPT (Cotter, Milo-Cotter, Rubinstein, Shemesh E. 2006). En concreto, Gander y von Kanel en un meta-análisis, sobre la incidencia del TEPT en enfermos cardiovasculares, informan de que la prevalencia de TEPT después de infarto de miocardio oscila entre el 0% y el 25% en 17 estudios revisados. Dos de estos estudios informan de que el TEPT es un factor de riesgo para la repetición del infarto tanto en pacientes previos, como para la mortalidad relacionada con factores cardiovasculares en veteranos de guerra (2006).

## Dificultades diagnósticas

El mayor problema de los pacientes que padecen un TEPT es la dificultad de su diagnóstico precoz y tratamiento eficaz debido a varios factores:

- 1º. La inespecificidad y el solapamiento de los síntomas de este padecimiento con los de otros trastornos mentales. El TEPT suele manifestarse por síntomas de ansiedad y los pacientes pueden cumplir los criterios diagnósticos del trastorno de angustia, e incluso un tercer o cuarto trastorno, de los que los pacientes si son diagnosticados y tratados de forma ineficaz, al precisar otros tratamientos más específicos en el TEPT. Con frecuencia se alían las resistencias de los pacientes para referir sus experiencias traumáticas, inherentes al TEPT, con las limitaciones de un enfoque clínico demasiado focalizado en el diagnóstico y tratamiento de los síntomas, alejado de consideraciones etiológicas, siempre complejas y más difíciles de evaluar.
- 2º. Por sus propias características el paciente evita de forma persistente los estímulos relacionados con la experiencia traumática y la oculta al ser explorado, aunque consulte por los síntomas que más le perturban, hasta que logra establecer una relación de suficiente confianza y seguridad con el terapeuta. Abrir su “caja de Pandora” traumática le resulta muy aversivo y está lleno de temores, como: “aquello ya pasó y agua pasada no mueve molino”, “aquello ya no tiene remedio”, “va a ser peor el remedio que la enfermedad”, y un largo etc. de creencias erróneas y racionalizaciones mórbidas que dificultan al paciente colaborar de forma adecuada para poder realizar el correcto diagnóstico de su caso clínico. Cuando se decide de a referir su “pesadilla vital” se le reactiva una intensa ansiedad, que le hace dudar, titubear, se confunde con facilidad, etc. lo que incrementa las dudas del profesional sobre la veracidad del relato, cuando se trata de alteraciones cognitivas y expresivas evaluables y objetivables con técnicas psicofisiológicas, psicométricas y de neuroimagen.
- 3º. A menudo el profesional sanitario no explora adecuadamente la posible existencia de experiencias traumáticas entre los antecedentes personales en la entrevista clínica con el paciente, por sus propias limitaciones de formación y de habilidades profesionales, que constituyen factores de riesgo para considerar “casos difíciles y sin solución” a este tipo de pacientes, para llevar a cabo diferentes conductas yatrógenas con ellos y para sufrir él mismo procesos de “burnout”, desmotivación e insatisfacción profesional.
- 4º. El profesional orienta la entrevista a la exploración de los síntomas, más que a la exploración de su repercusión funcional y a las vivencias del paciente, y a construir una relación empática con la persona enferma y principal responsable de su propia salud, según el modelo de la medicina personalizada orientada al cuidado de la salud y no sólo al control de los síntomas, orientación que ya ha resultado ineficaz en las

enfermedades crónicas, sobre todo por una escasa adherencia terapéutica. La satisfacción del enfermo con la relación que mantiene con su médico es uno de los principales factores determinantes de la adherencia al tratamiento que se le indica (Mingote, Moreno, Rodríguez, Gálvez y Ruiz, 2009).

- 5º. Insuficiente consideración de los factores desencadenantes, como acontecimientos vitales estresantes y experiencias traumáticas, así como de la percepción subjetiva del paciente-agente, copartícipe legítimo en el proceso de toma de decisiones clínicas, según la vigente Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41, 2002). Lo cierto es que las diferentes prevalencias geográficas del TEPT indican el fuerte peso etiológico de la exposición a violencia grave. Así, los estudios epidemiológicos estiman que aproximadamente entre el 15 y el 24 % de adultos en América experimenta TEPT a lo largo de su vida, por la facilidad de acceso a las armas.
- 6º. Predominio de la perspectiva transversal de análisis sintomático y diagnóstico clínico, sobre la perspectiva longitudinal, biográfica del enfermo a lo largo de su ciclo vital, que permite considerar la psicopatología a lo largo del desarrollo, considerando la historia natural de la enfermedad, los intentos de abordaje y de tratamiento previo, complicaciones acaecidas a lo largo de su evolución, etc. Es posible también considerar las comorbilidades a lo largo del tiempo.
- 7º. Insuficiente desarrollo de la Psiquiatría Infanto-juvenil, que dificulta el diagnóstico y el tratamiento en niños que sufren experiencias traumáticas, así como del reconocimiento de la perspectiva de género y de la gravedad de la violencia contra la mujer.

## Evaluación diagnóstica

Los objetivos fundamentales de la evaluación del paciente con TEPT son los siguientes según el Consenso español sobre evaluación y tratamiento del trastorno por estrés postraumático (2007):

- Identificación del acontecimiento traumático.
- Valoración de la presencia, frecuencia e intensidad de la sintomatología de estrés postraumático.
- Evaluar la ansiedad-estado sostenida y la respuesta de ansiedad tras la exposición a estímulos relacionados con el trauma.
- Evaluar la presencia de sintomatología depresiva, especialmente de culpabilidad, indefensión, hostilidad y el riesgo de suicidio.
- Evaluar el nivel de adaptación social y el grado de disfunción adaptativa en todos los ámbitos del comportamiento, como hábitos de salud, conductas de riesgo, ajuste familiar y laboral, etc.
- Evaluar la presencia de trastornos prototípicamente asociados al TEPT crónico como abuso y dependencia de sustancias, enfermedades psicosomáticas, disfunciones sexuales, etc. a través de la exploración del estado mental y físico del paciente por los especialistas de salud que se consideren más adecuados al caso.

Es frecuente que se diagnostique a estos pacientes de otro trastorno de ansiedad diferente, de los trastornos comórbidos asociados o de un trastorno facticio/simulación. De forma característica, con estos pacientes se produce una reacción contratransferencial frecuente entre los profesionales sanitarios debido al impacto del contagio emocional que les produce el relato de los síntomas y de la experiencia traumática: dudan de la veracidad del relato traumático, de que su intensidad haya podido desencadenar el cuadro clínico, de la exageración de los síntomas (sobresimulación), de imputación falsa e incluso de la simulación de una enfermedad que en realidad no se padece, con una importante yatrogenia por victimización secundaria.

El diagnóstico del paciente enfermo debe ser multidimensional y no reduccionista, con inclusión del síndrome clínico, de las características del funcionamiento de su personalidad y de los agentes etiológicos que lo hayan determinado, sean de tipo biológico y/o psicosocial. El diagnóstico debe incluir la dimensión evolutiva, la relational (como conflictos y apoyo social), así como las percepciones y creencias del paciente acerca de su enfermedad.

## Principales instrumentos de evaluación

**La entrevista clínica** realizada por el clínico experto es el elemento básico de evaluación y debe dirigirse alcanzar los objetivos básicos del apartado anterior y para esto es imprescindible construir una relación de confianza que proporcione seguridad y empatía al paciente. Sólo así el paciente va a poder empezar a verbalizar sus experiencias traumáticas, al menos en el ámbito clínico, y las creencias que relacionan sus síntomas pasados y actuales con aquellas. La entrevista clínica orientada a la exploración de los síntomas y los factores etiológicos traumáticos relacionados, constituye una verdadera “prueba de esfuerzo” para el paciente y también para el profesional sanitario que le atiende. Esto puede objetivarse a través de la exploración de la sudoración palmar, la frecuencia cardíaca y/o la tensión arterial, que recomiendo utilizar como procedimientos diagnósticos válidos y muy útiles en la clínica. Además la valoración debe ser gradual y contenedora de la ansiedad que se reactiva en el paciente, evitando que ésta le desborde y pueda retraumatizarle de forma secundaria. Para prevenir que esto pueda suceder es necesario otorgarle al paciente el rol de agente copartícipe en la toma de decisiones clínicas, como para cambiar el foco de la exploración, pasar a hacer relajación, terminar la entrevista, etc. Todos estos aspectos han de incluirse en la información-psicoeducación que se facilita y explica al paciente de forma adecuada. El profesional puede observar, monitorizar y modular el estado emocional del paciente a lo largo de la entrevista, según el estado clínico y la evolución del paciente. La alianza terapéutica permite al paciente mantener unas expectativas razonables de control durante la entrevista, que como es obvio debe tener una función terapéutica desde el primer momento o será yatrógena para el paciente y probablemente también para el profesional que le atiende. Me refiero al problema del TEPT entre los profesionales sanitarios no adecuadamente preparados para ello o con vulnerabilidades personales que puede desconocer hasta que enferma.

En atención primaria y especializada el TEPT no detectado se manifiesta a menudo en forma de utilización exagerada de servicios (como más de seis visitas en seis meses) depresión comórbida, abuso de sustancias, otros trastornos de ansiedad e intentos de suicidio. Además en comparación con otros pacientes que padecen otros trastornos de ansiedad diferentes del TEPT presentan un mayor número de enfermedades médicas actuales y a lo largo de la vida, como enfermedades cardiopulmonares, metabólicas y úlceras entre otras, según la revisión de Weisbeg y cols. (2002). La entrevista clínica es la principal herramienta diagnóstica en psiquiatría y en medicina, no sólo para obtener los síntomas, sino para comprender a la persona enferma y poder ayudarla a afrontarla.

## Escalas de evaluación

Existen varias escalas y entrevistas clínicas estructuradas para valorar la presencia, intensidad y frecuencia de la sintomatología del TEPT, como las siguientes:

- Escala para el TEPT Administrada por el Clínico (Clinician Administered PTSD Scale, CAPS). Evalúa la frecuencia e intensidad de los síntomas, en el momento actual y a lo largo de la vida, está validada por el Grupo de Expertos Españoles (Bobes y cols. 2000).
- Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS). Sus ítems se basan en los criterios diagnósticos del DSM-IV. También está validada por el Grupo de Expertos Españoles (Bobes y cols. 2000).
- Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) es heteroaplicada, validada por Carrobles y cols. (1986).
- Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) autoaplicado, adaptado al castellano y validado por Vázquez y Sanz en 1991.

## Estrategias diagnósticas multidimensionales

Para validar el diagnóstico del TEPT se considera importante:

1º. Mejorar los procedimientos de valoración diagnóstica. Se propone realizar una valoración multidimensional que integre datos objetivos de exploraciones médicas y datos subjetivos a través de cuestionarios psicológicos y entrevistas clínicas estructuradas. Ya Kardiner en 1959 denominó “fisioneurosis” a esta enfermedad, no comprensible psicológicamente sino explicable por alteraciones fisiológicas que mantenían hiperactivada la respuesta de alarma del organismo tras exponerle a situaciones de peligro vital grave.

Las alteraciones del sueño han sido consideradas “la señal de la reacción a la experiencia traumática”. Incluye mayor latencia del sueño, menor eficiencia y menor porcentaje de sueño REM, todo lo que determina un sueño no reparador que puede persistir durante años.

2º. Subrayar la importancia del estudio longitudinal del caso clínico, como con el método del “Longitudinal Expert with all Data” (LEAD) que se considera como el “patrón oro” con el que evaluar la información de las entrevistas diagnósticas. El LEAD es un acrónimo que se refiere a tres conceptos esenciales: evaluación longitudinal, realizada por expertos y utilizando todos los datos disponibles, y no sólo de las entrevistas clínicas, sino que provienen también de otras fuentes, como de exploraciones complementarias y pruebas de laboratorio (Spitzer, 1983).

3º. Utilizar exploraciones biológicas basadas en la evidencia científica capaces de lograr la objetivación diagnóstica del TEPT mediante biomarcadores. Así el aumento de la activación (arousal) puede ser cuantificado mediante el estudio de la actividad vegetativa, como frecuencia cardiaca aumentada en más de diez dígitos, hiperhidrosis, etc. Este era uno de los objetivos de la investigación realizada por el grupo de colaboradores del Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid. Se trata de validar un modelo integrado del TEPT que posibilite su diagnóstico multidisciplinar y el tratamiento eficaz de los pacientes afectados. Para llegar a este objetivo nuestro grupo ha desarrollado una línea de investigación en la que se han abordado fundamentalmente las alteraciones provocadas por el estrés en diferentes aspectos: en el sistema neuro-inmuno-endocrinológico, en neuroimagen a través de un proceso de activación cerebral y en el funcionamiento neuropsicológico, estrategias válidas y fiables para poder realizar el diagnóstico del TEPT. Así para exponer de forma clara el desarrollo de nuestra línea, describiremos tres estudios cuyo objetivo fue detectar algunas de las alteraciones ya reseñadas en el TEPT. Los principales estudios realizados son los siguientes:

*Estudio 1:* Indicadores de la expresividad humoral del estrés postraumático, habiéndose presentado numerosas presentaciones en congresos nacionales e internacionales sobre las alteraciones bioquímicas características de estos pacientes, como recoge Gozalo y cols. (2005).

*Estudio 2:* Evaluación de la perfusión sanguínea cerebral mediante tomografía por emisión de fotón único en el trastorno del Estrés postraumático, tesis doctoral de Ruiz Solís, publicada posteriormente (2000).

*Estudio 3:* Alteraciones Neuropsicológicas en el trastorno de estrés postraumático, base del trabajo doctoral de la Dra. Rosa Jurado (2005).

Es necesario evaluar de forma adecuada el deterioro y/o el malestar asociado al cuadro clínico. La gravedad del deterioro funcional se asocia en general de forma significativa a la intensidad de los síntomas emocionales asociados a la reexperimentación, al grado de embotamiento, evitación, a las alteraciones del sueño, a los déficits cognitivo y a la hipervigilancia. Así por ejemplo, la evaluación de la frecuencia de pesadillas y “flashbacks” son indicadores muy sensibles y específicos de la presencia de un TEPT (Duke, Allen, Rozee, Bommarito, 2008).

Yehuda (2000) ha propuesto que las siguientes características psicobiológicas son de utilidad para el diagnóstico del TEPT:

- Bajos niveles relativos de cortisol libre y altos niveles de adrenalina y noradrenalina en orina. En pacientes con TEPT se ha podido comprobar una disminución en la excreción urinaria de cortisol, una hipersupresión de la liberación de cortisol en respuesta al test de supresión con dexametasona (1 mg y 0,5 mg) y un incremento en la concentración de receptores de glucocorticoides en linfocitos. Elevación que correlaciona de forma positiva con la gravedad del TEPT.
- Niveles estables elevados de tensión arterial y de ritmo circadiano, que aumenta con la activación emocional desencadenada por los estímulos apropiados, como se realizó en el protocolo de estudio de la perfusión cerebral en el TEPT.
- Alteraciones del sueño, que De Facio (1978) considera “la señal de la reacción a la experiencia traumática”. Incluye mayor latencia del sueño, menor eficiencia y menor porcentaje de sueño REM, todo lo que determina un sueño no reparador que puede persistir durante años, que se puede objetivar mediante estudio polisomnográfico.
- Alteraciones de concentración, de memoria y de la motivación, para tomar decisiones y concluir tareas que se puede valorar mediante estudios neuropsicológicos, como hizo la Dra. Jurado en su investigación doctoral (2005).
- Episodios de hostilidad y violencia, incapacidad para expresar la rabia, o aparición de cierto grado de paranoidismo asociado del TEPT que se pueden registrar mediante técnicas psicométricas y registros específicos.

La importancia de algunos de los síntomas secundarios al TEPT entre los que se encuentran varias enfermedades psicosomáticas previamente mencionadas, la presencia de síntomas clínicos médica mente inexplicados (somatización) y el envejecimiento prematuro, fue señalada en los primeros estudios hechos sobre los supervivientes de las prisiones y de los campos de concentración de las grandes Guerras Mundiales del siglo XX. Todo este perfil sugiere un patrón psicobiológico de evitación activa ineficaz, persistente y global parecido al de los sujetos fóbicos y obsesivos graves, una estrategia de control activo que se ha descontrolado por exceso de activación.

## Diagnóstico diferencial

En el TEPT el factor estresante debe ser un estresor traumático, según es definido en el DSM-IV-R y en la CIE-10 por tratarse de un peligro cierto para la vida. En el trastorno adaptativo el factor estresante puede tener cualquier intensidad y no tiene un patrón de respuesta específico, como revivir un acontecimiento traumático. El trastorno de estrés agudo se diferencia del TEPT porque el cuadro clínico aparece y se resuelve en las primeras cuatro semanas posteriores al acontecimiento traumático. Además, es necesario tener en cuenta que si los síntomas de evitación, embotamiento emocional y aumento de la activación no cumplen los criterios para el diagnóstico de TEPT pero si para otro trastorno mental deben ser diagnosticados como pertenecientes al mismo, como un trastorno de ánimo o bien otro trastorno de ansiedad. Los pensamientos intrusos característicos del trastorno obsesivo-compulsivo no se relacionan con un estresor traumático. Cuando median compensaciones económicas, selecciones o determinaciones forenses, debe descartarse la simulación. Para el diagnóstico de TEPT es preciso que el paciente cumpla los criterios clínicos característicos, además de poder descartar otro trastorno mental determinado, enfermedad médica o explicado por los efectos fisiológicos de una sustancia de abuso, según desarrollan First, Frances y Pincus (1996) y Frances y Ross (2002).

## Conclusiones

Los trastornos mentales son síndromes clínicos (patrones de síntomas con algunas pruebas de validez y de utilidad clínica) y no enfermedades con una etiología y una fisiopatología conocidas, ni con unos marcadores

biológicos claros y específicos. El TEPT es el único trastorno mental que se define por su etiología específica, la exposición al estresor traumático, por unos mecanismos fisiopatológicos cada vez mejor conocidos, además de por sus síntomas característicos. No obstante, sólo alrededor de un 20-25 % de personas expuestas a experiencias traumáticas desarrollan un TEPT, lo que se explica por la existencia de otros factores de riesgo y/o de protección, dentro de un modelo multifactorial complejo, interactivo genético-ambiental.

El TEPT es un trastorno muy complejo, con numerosos sistemas neurobiológicos afectados tras la exposición a adversidades o estresores catastróficos. Actualmente hay un gran cuerpo de datos experimentales que permiten desarrollar varios modelos animales del TEPT, como el del estrés incontrolable, el del miedo condicionado, el de la respuesta de sobresalto potenciada por el miedo, el del “kindling”, y el de sensibilización conductual. Se está intentando descubrir la existencia de marcadores biológicos para el diagnóstico objetivo del trastorno clínico, objetivo prioritario de nuestro grupo de trabajo.

En la práctica habitual es difícil diagnosticar los síntomas y el cuadro clínico de un paciente con TEPT, por los distintos motivos que se han analizado en esta revisión, uno de los principales consiste en que el propio trastorno incluye una resistencia activa a recordar pensamientos, imágenes, etc. asociados al trauma. Lo más habitual es que se diagnostique a estos pacientes de otro trastorno de ansiedad diferente, de los trastornos comórbidos asociados o de un trastorno facticio/simulación. De forma característica, con estos pacientes se produce una reacción contratransferencial frecuente entre los profesionales sanitarios debido al impacto del contagio emocional que les produce el relato de los síntomas y de la experiencia traumática: dudan de la veracidad del relato traumático, de que su intensidad haya podido desencadenar el cuadro clínico, de la exageración de los síntomas (sobresimulación), de imputación falsa e incluso de la simulación de una enfermedad que en realidad no se padece. De una u otra manera culpan a la víctima de lo que padece.

Tras la identificación precoz de un paciente con un trastorno de estrés agudo, es posible proporcionar un tratamiento eficaz por medio de psicoeducación, desensibilización, entrenamiento en relajación, elaboración mental de la experiencia y recuperación de la percepción de control sobre sus vidas. Es significativo también que el 80% de enfermos diagnosticados de TEPT padecen al menos otro trastorno mental concurrente, y un 50% de ellos presentan tres, sobre todo trastornos afectivos, enfermedades psicosomáticas y adicciones, que son los que con mayor frecuencia se asocian al TEPT crónico. Para poder realizar el trabajo de diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes se precisa de un equipo interdisciplinar, en el que el psicólogo especializado tiene un importante papel.

## Referencias

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). Inventory for measuring depression. *Archives General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bobes, J., Calcedo-Barba. A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M. P., ... Grupo español de trabajo para el estudio del TEPT. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para su evaluación. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 207-218.
- Boscarino, J. A. (1997). Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: implications for clinical research and medical care. *Psychosomatic Medicine*, 59, 605-614.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewston, T. y Lucerni, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 22-32.
- Carrobles, J. A., Costa, M., Del Ser, T., Bartolomé, P. (1986). *La práctica de la terapia de conducta*. Valencia. Promolibro.
- Cebrián, D., Mingote, J. C., Isla I., Ruiz F. y Jurado R. (2009). El TEPT crónico como enfermedad sistémica relacionada con el estrés. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 91, 7-18.
- Cotter, G., Milo-Cotter, O., Rubinstein D. y Shemesh E. (2006). Posttraumatic stress disorder: a missed link between psychiatric and cardiovascular morbidity? *CNS Spectrum*, 11, 129-136.

- De Loos, W. S. (1990). *Psychosomatic manifestations of chronic posttraumatic stress disorder*. En: Wolf & Mosnaim. Posttraumatic Stress Disorder. Washington: American Psychiatric Press.
- Dongil Collado, E. (2010). La estructura factorial del TEPT: una revisión. *Boletín de la SEAS* 33, 7-16.
- DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto Revisado. (2002). Barcelona: MASSON.
- Duke, L. A., Allen, D. N., Rozee, P. D. y Bommarutto, M. (2008). The sensitivity and specificity of flashbacks and nightmares to trauma. *Journal Anxiety Disorder* 22, 319-327.
- Engdahl, B., Dikel, T. N., Eberly, R. y Blank, A. (1998). Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *American Journal Psychiatry*, 155, 1740-1745.
- First, M. B., Frances, A. y Pincus, H. A. (1996). *DSM-IV. Manual de diagnóstico diferencial*. Barcelona: MASSON.
- Frances, A. y Ross, R. (2002). *DSM-IV-TR. Estudio de casos. Guía clínica para el diagnóstico diferencial*. Barcelona: MASSON.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer. Obras completas*. (Vol. 18, pp. 1-62). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, Baca, E., Bobes-García, J. y Giner, J. (2007). *Consenso español sobre evaluación y tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. Barcelona: Ars Médica.
- Gander, M. L. y von Kanel, R. (2006). Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: frequency, outcome, and atherosclerotic mechanisms. *European Journal Cardiovascular Preventive Rehabilitation*, 13, 165-172.
- Golding, J. M. (1994). Sexual assault history and physical health in randomly selected Los Angeles women. *Health Psychology*, 13, 130-138.
- Gozalo, A., Mingote, J. C., Carretero, J. F., López Pardo, C., Fernández-Salas, M. C. y Allende, L. (2005). Indicadores de expresividad humorística del estrés postraumático. *Actas Españolas Psiquiatría*, 3, 90-98.
- Jurado, M. R. (2005). *Perfiles neuropsicológicos de los trastornos de ansiedad: trastorno por estrés postraumático y trastorno de pánico*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense: Madrid.
- Koss, M. P., Koss, P. G. y Woodroof, W. J. (1991). deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives Internal Medicine*, 151, 342-347.
- Marshall, G., Miles, J. y Stewart, S. (2010). Anxiety Sensitivity and PTSD Symptom Severity Are Reciprocally Related: Evidence from a Longitudinal Study of Physical Trauma. *Journal Abnormal Psychology*, 119, 143-150.
- Mingote, J. C., Moreno, B., Rodríguez Carvajal, R., Gálvez Herrero M., y Ruiz López P. (2009). Validación Psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente. *Actas españolas psiquiatría*, 37, 94-100.
- Peterson, K. C., Prout, M. F. y Schwarz, R. A. (1991). *Post-Traumatic Stress Disorder. A Clinician's Guide*. New York: Plenum Press.
- Ruiz Solis, S., Mingote, C., Gozalo, A. y cols. (2000). Aproximación neurobiológica al trastorno de estrés post traumático. *Archivos de psiquiatría*, 63, 221-240.
- Seng, J. S., Oakley, D. J., Sampselle, C. M., Killion, C., Graham-Bermann, S., Liberzon, I. (2001). Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. *Obstetrics & Gynecology*, 97, 17-22.
- Serrani Azcurra, D. (2010). Marcadores tempranos de disfunción endotelial en trastorno de estrés post traumático. Rol en la aterogénesis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3, 128-136.
- Spitzer, R. L. (1983). Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.
- Weisberg, R. B., Bruce, S. E., Machan, J. T. y cols. (2002). Non psychiatric illness among primary care patients with trauma histories and PTSD. *Psychiatric Services*, 53, 848-854.

- Williams, R. B. (1995). Somatic consequences of stress. En: Friedman, Charney, Deutch. Neurobiological and Clinical Consequences of Stress. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Yehuda, R., McFarlane (editors.) (1997). Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. The New York Academy of Sciences New York.
- Yehuda, R. (2000). Biology of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 14-21.

Manuscrito recibido: 12/04/2011

Revisión recibida: 27/05/2011

Manuscrito aceptado: 31/05/2011