

PSICOLOGÍA

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Marian Rojas Campos*

SUMMARY

It is not only a costly and complex but more common condition than we think; traumatic stress disorder affects millions of people worldwide, is commonly believed to effect the experiences of military personnel exposed to war but can affect anyone; abused children, women and girls for sexual violence, communities living constantly violence, survivors of natural disasters, tragic and fatal accidents, political violence^{2,6,7,9,10} all they can experience this disorder which is chronic and has a significant social and individual impact. The diagnosis requires

the presence of specific groups of symptoms in response to a traumatic event; intrusion and avoidance symptoms, alterations in arousal and reactivity, negative changes in cognition and mood. Psychotherapy is the best approach we have sought treatment for adults and children^{4,6,7}.

INTRODUCCIÓN

Las experiencias a las que se enfrenta una persona o una comunidad con la muerte o la destrucción es realmente aterrador y cambia la vida; el

estrés postraumático muchos pacientes lo describen como "algo único que sucede donde vi mi vida parpadear en un segundo" y eso provoco una conmoción espiritual, biológica y mental que técnicamente describimos como el inicio del trastorno de estrés postraumático⁶. Es un evento que involucra directamente haber experimentado o presenciado una amenaza inmediata a la vida propia, de otra persona, la violación de la integridad física, moral propia o de otra persona; incluyendo asalto, abuso sexual o físico^{2,6,7,9,10}. No fue técnicamente definida como un trastorno psiquiátrico hasta 1980 en la

* Médico General.

tercera revisión de la Asociación Americana de Psiquiatría y en el Manual Estadístico y Diagnóstico Mental⁶. La mayoría de reacciones al estrés son respuestas personales pero de naturaleza específica y desaparecen en pocos días; pero esto no sucede en el 7 al 10% que desarrollan reacciones persistente transformándose en un trastorno de estrés postraumático, un número igual o mayor desarrollará otro trastorno de ansiedad, depresión, trastorno por uso de sustancias, u otro trastorno psiquiátrico⁶. Es importante destacar que estas reacciones no solo se deben al evento traumático por sí solo sino también a la vulnerabilidad, genética, factores ambientales, nivel sociocultural⁶, un tratamiento apropiado iniciado por una buena evaluación y diagnóstico oportuno puede ser crucial en el paciente.

EPIDEMIOLOGÍA

El hecho de que muchas personas experimentan estrés traumático, pero la mayoría no desarrollan trastorno de estrés postraumático ha estimulado la investigación epidemiológica; es una epidemia en todo el mundo, teniendo en cuenta que se produce más a menudo con niños, adolescentes, jóvenes y adultos de mediana edad que cualquier enfermedad médica grave⁶. La prevalencia de TEPT actual es del 3,5% en la población

general y se eleva en poblaciones con altos índices de exposición a eventos traumáticos, como los soldados en la guerra^{2,7}. Los factores estresantes traumáticos ocurren con más frecuencia de lo que pensamos, afecta a más de la mitad de los adultos y 2:3 niños en edades menores a 16 años en algún momento han experimentado un trauma psicológico⁶; solo se desarrolla en el 0,5% de los niños a la edad de 16 años, pero los recuerdos y síntomas angustiantes le ocurren a 1:8 ocho niños (13%) y tantos como 33-40% de los niños que sufren la muerte violenta de un familiar o son víctima de abuso sexual⁶. En cuanto a sexo se observa en 1:20 hombres y en 1:10 mujeres en algún momento de sus vidas; 2:3 hombres y casi el 50% de todas mujeres experimentaron abuso sexual y abuso físico infantil⁶. Otros tipos de eventos traumáticos pueden llevar a trastorno de estrés postraumático normalmente entre el 10-25% de los niños o adultos que están expuestos a ellos. La investigación epidemiológica ha demostrado que el TEPT es uno de los dos trastornos psiquiátricos, el trastorno bipolar es el otro; que son particularmente susceptibles de ser acompañada por otras enfermedades psiquiátricas y médicas⁶; nos traduce que los trastornos relacionados con el trauma fueron el segundo

problema de salud más costosos en los EE.UU. en 2000, 2004 y 2008, según la Agencia Federal para la Investigación y Calidad de Salud⁶. Las enfermedades cardiovasculares fueron consistentemente más costosas que los trastornos relacionados con el trauma y el cáncer en general era un poco menos costosa que los relacionados con el trauma trastornos.

CAUSAS

Originalmente se creía que experimentar algún evento traumático era la causa del trastorno. Por definición, el trastorno de estrés postraumático puede ocurrir solamente si se ha producido un trauma psicológico^{6,9}; sin embargo, la investigación ha demostrado que la exposición a un factor estresante traumático es una condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de trastorno de estrés postraumático; consiguientemente, son las características de las personas las que explican que exista una mayor probabilidad a desarrollar el trastorno, dichas características son de dos tipos variables psicológicas y de índole biológico, se evidencia por el hecho de que muchas personas que sufren de estrés traumático no desarrollan trastorno de estrés postraumático, también está claro que cada factor

de estrés traumático es único y por lo tanto que la experiencia y los resultados de los acontecimientos potencialmente traumáticos, como la violencia, el abuso o desastre, puede ser radicalmente diferente dependiendo de la naturaleza exacta y las circunstancias de su ocurrencia, por ejemplo; una persona puede experimentar un abuso sexual mientras camina en la calle por un desconocido mientras que otro puede ser repetidamente abusado sexualmente por un miembro cercano de la familia, por lo tanto estos dos sobrevivientes de violación tienen algunas cosas en común, pero muchas diferencias en lo que ha sucedido para ellos y por lo tanto en sus reacciones y síntomas posteriores. No existe una única causa establecida para el trastorno pero implica varios cambios interrelacionados en respuesta del cuerpo al estrés, modificaciones en el sistema de regulación emocional del cerebro que están asociadas con sensibilidad extrema al peligro y adaptaciones de autoprotección para promover la supervivencia⁶. El dolor es el síntoma más frecuente en todas las enfermedades; frecuentemente, y sin explicación orgánica aparente, el dolor podría estar asociado con algún problema de enervación (biológico), o bien deberse a causas cognitivo-emocionales (psicológicas)

o a variables únicamente conductuales⁹. El trastorno de estrés posttraumático es un buen ejemplo. Los estudios científicos descritos han demostrado que las personas que sufren de trastorno de estrés posttraumático son biológicamente diferentes a otras personas⁶, aunque no es todavía plenamente comprendido si las diferencias biológicas son las causas o efectos de trastorno de estrés posttraumático o los subproductos de otros trastornos que se producen junto con el trastorno de estrés posttraumático, comorbilidades.

CLÍNICA

Es importante distinguir un trauma o lesión física de un trauma psicológico ya que en este último el factor estrés es la clave. El trauma psicológico puede ocurrir a menudo cuando se experimenta un trauma físico, pero el trauma psicológico puede ocurrir sin ninguna lesión física, es importante destacar que la exposición a un factor de estrés traumático no tiene que ser reciente, pero puede haber ocurrido muchos años o incluso décadas anteriores⁶. El trastorno por estrés posttraumático puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia, los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso

temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto⁶. Los síntomas del trastorno y la predominancia relativa de volver a experimentar el trauma, comportamiento de evitación, y síntomas de activación pueden variar ampliamente a lo largo del tiempo, la duración de los síntomas muestra considerables variaciones; la mitad de los casos suelen recuperarse completamente en los primeros 3 meses; en otras ocasiones todavía pueden persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posteriores al acontecimiento traumático; pero deben durar al menos un mes. La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan las probabilidades de presentar el trastorno^{2,6}. La sintomatología aceptada está basada en observaciones de los clínicos, la teoría científica y la investigación que muestran que, después de un evento traumático (Criterio A), cuando los recuerdos angustiantes del evento persisten (Criterio B) a pesar de los intentos de la persona para evitar recordatorios (Criterio C, evitación), con el tiempo esto lleva al agotamiento emocional (Criterio C) y produce estar en guardia mental y físicamente en el borde debido a no sentirse

realmente seguro (Criterio D)^{2,5,6,9}. Los sobrevivientes de los factores estresantes traumáticos pueden no recordar con total precisión la experiencia pero no hay pruebas de que los recuerdos del trauma sean verdaderas formas falsas, los recuerdos falsos de trauma no son lo mismo que los recuerdos incompletos del trauma⁶. El diagnóstico en la CIE-10 difiere del propuesto en el DSM-IV, ya que el Criterio D de este último (es decir, síntomas por aumento de la activación) no se considera indispensable, pudiendo ser sustituido por la incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma. A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 no establecen una duración mínima de los síntomas^{2,10}. Los diagnósticos más relevantes para un trauma psicológico tanto en el CIE-10 y DSM IV son los trastornos de estrés postraumático. Estos diagnósticos incluyen el trastorno de estrés postraumático con el código 309.81 en el DSM IV y F43.1 en la CIE -10^{2,6,10}:

- **Criterio A:** está dividido en dos partes que incluye tanto una definición del factor de estrés traumático llamado Criterio A1 y una respuesta subjetiva en el momento o poco después de miedo extremo, impotencia u horror llamado Criterio A2 que en los niños puede ser expresado como un

comportamiento agitado.

- **Criterio B:** requiere la persistencia de recordar y experimentar el estrés traumático en al menos 1 de 4 formas:
 - B1: Recuerdos del evento traumático que son recurrentes, intrusivo y angustiante. En los niños el juego repetitivo reproduce temas o aspectos del trauma.
 - B2: Repetición de sueños angustiantes del evento traumático. : En los niños, puede haber sueños aterradores sin reconocer el contenido.
 - B3: Actuación como si el evento traumático estuviese ocurriendo de nuevo, en los niños la recreación del trauma específico puede ocurrir.
 - B4: Angustia severa cuando recuerda el acontecimiento traumático: intenso malestar psicológico en la exposición a eventos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático, incluyendo aniversarios.
- **Criterio C:** los síntomas de Embotamiento emocional:
 - C1: esfuerzos para evitar pensamientos o sentimientos asociados con el evento traumático.
 - C2: esfuerzos para evitar actividades o situaciones

que evocan recuerdos del evento.

- C3: incapacidad para recordar un aspecto importante del evento (amnesia psicogénica).
- C4: interés marcadamente disminuido en actividades significativas (anhedonia), que en los niños pequeños pueden tomar la forma de una regresión en las habilidades de desarrollo previamente establecidos, tales como el control de esfínteres o lenguaje receptivo o expresivo.
- C5: sentirse emocionalmente distante o alejado de la gente (desapego social).
- C6: capacidad limitada o no pueda sentir la mayoría de las emociones, tales como sentimientos amar (embotamiento emocional).
- C7: sentido de un futuro limitado.
- **Criterio D:** Aumento de la excitabilidad en al menos dos de los siguientes:
 - D1: dificultad para conciliar o mantener el sueño.
 - D2: irritabilidad o ataques de ira.
 - D3: problemas con la concentración.
 - D4: sensación de alerta y en guardia incluso cuando no es necesario (hipervigil).

- D5: reacción física y de comportamiento exagerado ante algún evento.
- D6: físicamente reactivo a los recordatorios del evento estresante.
- **Criterio E:** Requiere que la B, C y D sean experimentados por un período de por lo menos 30 días; no todos los síntomas se debe experimentar todos los días durante este período de hecho, algunos de los síntomas pueden ocurrir con tan poca frecuencia como una sola vez, siempre que la suma total de los síntomas causa deterioro en el funcionamiento en esa duración.
- **Criterio F:** Requiere que los síntomas tengan un efecto adverso sobre la actividad social, laboral u otros aspectos importantes de la capacidad de la persona para tener una exitosa y satisfactoria vida o sea sobre su funcionamiento^{6,8}. El diagnóstico puede ser aplicable para períodos de tiempo mucho más largo que un mes potencialmente durante décadas, también especifica si los síntomas del trastorno son de inicio tardío si no comienzan a ocurrir hasta por lo menos seis meses después de la exposición al factor de estrés⁶. Esta especificación de inicio no es un requisito para el diagnóstico de trastorno de estrés posttraumático, pero proporciona una descripción de una diferencia

en el desarrollo del trastorno que puede ayudar al clínico o investigador para distinguir entre las personas que empezaron a sufrir los síntomas relativamente pronto después de experimentar un trauma psicológico frente a otros que parecían ser relativamente libre de síntomas durante un largo período. El DSM-IV también especifica la cronicidad del trastorno; si es aguda su duración de menos de tres meses y crónica su duración es de tres o más meses^{2,6}. Es evidente que clínicamente pocas personas tienen todos los síntomas de trastorno en el mismo tiempo; hay muchas maneras diferentes pero a la vez iguales en la que una persona puede sufrir un padecimiento psiquiátrico. Podemos destacar que estos episodios traumáticos llegan a comprometer no solo el desarrollo socio- emocional sino también psicobiológico en un individuo principalmente cuando se produce en períodos críticos del desarrollo como la infancia y la adolescencia; ponen en riesgo la integridad del cuerpo, el desarrollo de una identidad saludable, una personalidad coherente y la seguridad de su capacidad de tener relaciones sanas y recíprocas. Los traumas complejos involucran una violación a la inmadurez, sensibilidad y fragilidad que genera un impacto de miedo

sumado a la incapacidad del niño de controlar sus sentimientos, creencias, intenciones y acciones propias y de los demás^{6,8}. Cuando el abuso emocional por un cuidador adulto implica ataques sistemáticos contra la integridad psicológica y propia de un niño, esto puede no ser inmediatamente peligrosa para la vida y puede que no exista violencia física o sexual pero, sin embargo, puede dar lugar a graves problemas de larga data resultando de la pérdida de autorregulación; que se asocian con la alteración del control del estrés psicobiológico y producen reactividad de los hechos⁶ se ha brindado un enfoque a las reacciones subjetivas al trauma; como la ira, en diferentes estudios se ha concluido que los niños expuestos a la victimización traumática puede dirigirse a una personalidad desafiante-oposicional y victimizar a otros, así como tener trastorno de ansiedad⁶. En el año 2014 se realizó un estudio con resultados prometedores sobre los biomarcadores genéticos y metabólicos en el diagnóstico del trastorno de estrés posttraumático, en el estudio participaron 100 hombres con y sin trastorno de estrés posttraumático y se encontraron que los altos niveles de proteína derivado del cerebro factor neurotrófico (BDNF) se correlacionaron con un mayor riesgo de trastorno de

estrés postraumático, además se presentaron los datos de un estudio en curso con la demostración de que el cortisol elevados niveles de cortisol urinario parece ser un biomarcador en hombres y mujeres con trastorno de estrés postraumático³. Dentro de los diagnósticos diferenciales es fundamental mencionar la investigación que se realizó en el 2002 a nivel nacional en los Estados Unidos de los pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad que resultaron ser más propensos a tener disforia grave, episodios de disociación y autolesiones⁶. El trastorno por estrés postraumático el factor estresante debe revestir suma gravedad (peligro para la vida); en cambio, en el trastorno adaptativo el factor estresante puede tener cualquier intensidad². Importante mencionar que los síntomas de evitación, embotamiento emocional y aumento de la activación previos al acontecimiento traumático no reúnen los criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático y deben ser diagnosticados como secundarios a otros trastornos como un trastorno del estado de ánimo u otros trastornos de ansiedad². El trastorno por estrés agudo se diferencia del trastorno por estrés postraumático porque el agudo resuelve en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento

traumático², si los síntomas persisten más de 1 mes y reúnen los criterios de trastorno por estrés postraumático. Si el cuadro sintomático, pese a aparecer como respuesta a un factor estresante de carácter extremo, reúne los criterios de otro trastorno mental; por ejemplo un trastorno psicótico breve, debe diagnosticarse como tal². Existen diversas maneras para recopilar información de cómo ocurrió el trauma psicológico y tener un panorama clínico sobre la investigación. Esto es comprensible a la luz de la complejidad de los factores estresantes traumáticos, el riesgo y factores de protección que influyen en la probabilidad de desarrollar el trastorno.

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

En los diferentes enfoques de tratamiento hay metas básicas que los médicos e investigadores han definido para ayudar de forma exitosa a la resolución del trastorno de estrés postraumático el cuál puede ser tratado con éxito y puede ser prevenible; una vez que el trastorno se ha desarrollado hay dos enfoques básicos para el tratamiento; con opciones específicas que se pueden implementar para atender mejor las necesidades y las circunstancias de la persona que busca ayuda uno de ellos

es la psicoterapia es el mejor enfoque de tratamiento que para esta enfermedad; tanto para los adultos como para niños y por otra parte está la farmacoterapia que resulta importante para el tratamiento de trastorno de estrés postraumático^{4,6}, con amplio uso de los medicamentos de los cuales la mayoría se desarrolló para tratar la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos convulsivos y condiciones médicas tales como la hipertensión. El campo de la psicoterapia como tratamiento del trastorno de estrés postraumático es amplio, se incluyen las terapias cognitivas conductuales (TCC), terapias centradas en la regulación de la emoción, terapias psicodinámicas además estas terapias pueden ser grupales, familiares o matrimoniales⁶. El enfoque de la terapia cognitiva conductual tiene la evidencia científica más fuerte de la eficacia para el tratamiento de trastorno de estrés postraumático es decir, la investigación muestra que el tratamiento es directamente responsable de la mejoría de la condición de la enfermedad^{4,6,7}. Sin embargo, hay una creciente evidencia de que otros enfoques de psicoterapia pueden ser eficaces y en algunos casos mejor aceptados por los pacientes. Dentro de la psicoterapia existen tres fases que son la norma ya que cada una de ellas representa un objetivo en el tratamiento⁶:

- Fase 1: Garantizar que el paciente es suficientemente seguro y que se encuentra psicológicamente preparado para estar libre de una mayor exposición a factores estresantes traumáticos
- Fase 2: Posteriormente permitirá al terapeuta entender las reacciones de estrés persistentes y modificarlas de manera biológica y psicológica.
- Fase 3: Aceptación y compromiso del paciente para comenzar a reanudar la plenitud y gratificación por medio de capacidades psicológicas y recursos sociales como el apoyo familiar, laboral y la recreación.

En cuanto la duración de la terapia hay estudios que objetivan que la terapia cognitiva recibida intensamente durante poco más de una semana fue tan eficaz como la terapia cognitiva por más de 3 meses⁴, la eficacia de la terapia cognitiva intensiva para el trastorno en personas con ciertos tipos de enfermedades concomitantes o trastorno de estrés posttraumático relacionados con traumas crónicos o repetidos, como el abuso sexual infantil o violencia doméstica, sigue siendo desconocido⁴. Los medicamentos que son eficaces para la depresión son los agentes farmacoterapia más ampliamente aprobados y utilizados^{6,7}, no es

sorprendente teniendo en cuenta la comorbilidad frecuente de trastorno de estrés posttraumático y la depresión ya que el trastorno genera embotamiento emocional se superponen con los síntomas de la depresión. Como la mayoría de enfermedades las cuales es mejor prevenirlas que tratarlas así mismo el trastorno de estrés posttraumático muestra evidencia de la oportunidad de prevención del mismo ya que la mayoría de las personas que experimentan reacciones de estrés traumático agudo no desarrollan el trastorno o lo hacen poco a poco o después de un retraso de meses o años⁶. Los investigadores han explorado predictores de trastorno de estrés posttraumático con un éxito limitado, dando prioridad a las terapias alternativas tempranas ya cuando se instauro el estrés posttraumático⁸. Las recomendaciones no ofrecen terapéutica con benzodiazepinas para los síntomas agudos de estrés traumático; los estudios han revelado sobre-prescripción de benzodiazepinas para síntomas de estrés agudo que incluye el insomnio en algunos centros de atención de la salud¹¹. Existe una escasez de investigación científica rigurosa para muchas de las intervenciones más utilizadas para el manejo de condiciones específicamente relacionadas con el estrés y la experiencia con niños y adolescentes es realmente

mala, sin embargo; hay búsquedas en la evidencia para un conjunto más amplio de intervenciones psicológicas para controlar los síntomas de estrés traumático agudo en adultos, incluyendo el asesoramiento de resolución de problemas, la relajación, y psicoeducación. Un desafío clave es la limitada disponibilidad de recursos de salud mental en los programas de salud mental en general, creando un obstáculo importante para la aplicación de las nuevas recomendaciones de salud mental.

CONCLUSIÓN

Los retos sociales, económicos, políticos y culturales que enfrentan los grupos vulnerables cuyos miembros también son a menudo sometidos a factores estresantes traumáticos plantean varios desafíos éticos fundamentales para los médicos y científicos que llevan a cabo los servicios de evaluación, tratamiento y prevención¹. Una vez se ha producido un trauma psicológico en una persona la vuelve propensa a un nuevo evento traumático⁶. La conciencia de los acontecimientos traumáticos de la gente se ha aumentado en gran medida, incluso para personas que no han sufrido un evento traumático gracias a la alta tecnología con la que se cuenta en la actualidad. La salud mental

es a menudo una baja prioridad para los gobiernos y los donantes, y con demasiada frecuencia hay una falta de voluntad política para dar prioridad a este ámbito. Allí donde existen los recursos básicos de salud mental, hay una falta de personal especializado para proporcionar la formación y el control necesarios para garantizar las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas. Tenemos herramientas muy sofisticadas para la detección de biomarcadores en el cerebro, la sangre, y otros sistemas para ayudar a tratar y confirmar, así como diagnósticos refutar psiquiátrica³, y esto nos permitirá ofrecer la mejor atención a los que están más necesitados de la salud mental los servicios de salud.

RESUMEN

No solo es una condición costosa y compleja sino más común de lo que creemos; el trastorno de estrés postraumático afecta a millones de personas en el mundo, comúnmente se cree que es efecto de las experiencias vividas por el personal militar expuestos a la guerra pero puede afectar a cualquier persona; niños víctimas de maltrato, mujeres y niñas por violencia sexual,

comunidades que constantemente viven violencia, sobrevivientes a desastres naturales, accidentes trágicos y mortales, violencia política^{2,6,7,9,10} todos ellas pueden experimentar este trastorno el cuál es crónico y tiene un impacto significativo social e individual. El diagnóstico requiere presencia de grupos de síntomas específicos en respuesta a un evento traumático; por ejemplo, intrusión y evitación de los síntomas, las alteraciones en la excitación y reactividad, los cambios negativos en la cognición y el estado de ánimo. La psicoterapia es el mejor enfoque de tratamiento que hemos buscado para adultos y niños^{4,6,7}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achilli Julián, Rodríguez María C., Folino Jorge O.: Alteraciones psíquicas postraumáticas en comerciantes víctimas de delitos. *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex*. 2014, vol 25, n.118, pp 409-410.
2. American Psychiatric Association. *DSM-IV TR.: Breviario: Criterios diagnósticos*. Barcelona, Masson. 2003, pp 434-440.
3. American Psychiatric Association. *Psychiatric News. Biomarkers May Aid PTSD Diagnosis, Treatment*. 2014, vol 49, issue 24.
4. Cloitre Marylene. : *Alternative Intensive Therapy for PTSD*. The American Journal of Psychiatry. 2013, vol 171, pp 249-251.
5. Erickson Heidi J., Psy.D. ; Hurley Robin A., M.D.; Taber Katherine, Ph.D.: *Psychotherapy for PTSD: Neuroimaging of Recovery Processes*. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience. 2014, vol 26, issue 3, pp195.
6. Ford Julian D; *Posttraumatic stress disorder: Scientific and professional dimensions* First ed. United State of America: Elsevier Inc. 2009, 1-278
7. Fournety John C.; Pyne Jeffrey M; Timothy A. Kimbrell, et al.: *Telemedicine based collaborative care for posttraumatic stress disorder. A randomized clinical trial*. *JAMA Psychiatry*. 2015, vol 72.
8. Leaman Suzanne C., Ph.D; Kearns Megan C., Ph.D.; Rothbaum Barbara O., Ph.D.: *Prevention and Early Intervention: PTSD Following Traumatic Events*. *FOCUS*. 2013, vol 11, issue 3, pp 321-327.
9. López M. Alicia E.; Gómez P. Lydia y Ruíz P. Gema T.: *Trastorno de estrés postraumático y dolor crónico: nexos entre psico y pato (logía)*. *Escritos de Psicología*. 2009, vol.3, n.1 pp. 8-19.
10. Organización Mundial de la Salud: *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992. pp 121-122
11. Tol WA, Barbui C, Bisson J, Cohen J, Hijazi Z, Jones L, et al. *World Health Organization Guidelines for Management of Acute Stress, PTSD, and Bereavement: Key Challenges on the Road Ahead*. 2014. *PLoS Med* 11(12): e1001769. doi:10.1371/journal.pmed.1001769.