

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: UNA REVISIÓN DEL TEMA (PRIMERA PARTE)

Lino Palacios,* Gerardo Heinze**

SUMMARY

Since early history, human beings have been closely exposed to several types of traumatic events. Although modern societies have developed a more acceptable kind of convivence, these traumatic events have become increasingly present in the everyday life of any individual in underdeveloped societies. This is due to extended problems, like a lower income per capita, which gives rise to such conducts as violent robbery, kidnapping, or murder. Similarly, family desintegration is a likely factor leading to the development of interfamily violence, and illegal substances traffic and abuse; even weather phenomena (e.g., "El Niño") may trigger a higher incidence of PTSD given the suffering brought about by hurricanes or tornados.

At the Fourth Consensus Group International Meeting on Depression and Anxiety, held in Montecatini, Italy, in April 1999, PTSD was regarded as the main issue, because of its high prevalence, social impact, and financial burden on society. For these reasons, it represents an enormous public health problem in both underdeveloped and developed countries. During the last three decades, biological guidelines for PTSD have been studied and proposed, together with the development of new effective treatments.

Epidemiological studies allow us to calculate the rates of specific disorders and their impact on the community and health system. The prevalence of the exposure to traumatic events themselves is an important part of PTSD study. Recent epidemiological studies have shown that about 40 to 90% individuals from adult community samples have been exposed to a traumatic event. Prevalence life rates of PTSD vary from 5 to 15% in developed countries. Nowadays, 4 to 6% of the population presents PTSD symptoms, considering only the worst traumatic event (8, 9, 13, 20, 29, 32, 39).

In the last two decades, PTSD is an anxiety disorder which has called the attention in research and clinical areas due to several reasons. One of these is that the rates of violence have had a dramatic increase all over the world; another one is the identification of their subdiagnosis in several places.

However, not everyone who has been exposed to a traumatic event develops PTSD. Several risk factors increase the possibility of its expression and chronicity –for instance, to experience the event at early life stages, multiple traumatic events, their severity, gender experiencing the event, personal stress and

behavior, or psychological problems history, comorbid psychopathology, parents' PTSD history, or subsequent exposure to reactivant environmental events.

Likewise, risk factors can be classified according to the person involved and the traumatic event experienced (19, 22). In this sense, different studies have shown women have a higher risk than men to develop PTSD, in spite of men having an increased exposure to traumatic events (13, 20, 37). The psycho-biological development level is important when a traumatic event appears, since it has been demonstrated that age is a significative factor to develop PTSD: traumatic events in childhood have been associated with a higher risk of PTSD and more severe symptoms (10). The clinical course of PTSD is often chronic, with only 50% of the patients recovering within two years after the incident. Most of those unable to recover will still show symptoms 15 years later (32).

The situation in underdeveloped countries is particularly interesting, since traumatic events frequently associated with long wars, hunger, politic oppression, and sectary violence seem to make PTSD more chronic and the profile of its symptoms more complex and disabling than in developed countries (21, 23, 38, 45, 46).

PTSD has a relevant impact on different areas of life, as is revealed for instance in its enormous social costs. Generally, individuals who suffer PTSD earn a lower income, present high scholar failure rates, and more interpersonal problems compared to the overall population. In addition, the age of onset of the mental disorders has a predictive value over educational, birth, marriage, and economic accomplishments (8, 23, 24, 27, 28, 30, 32).

A research conducted among the overall American population estimated that 38% of the individuals with PTSD received some form of treatment during a given year. The reason more commonly reported by the remaining 62% to refuse getting medical attention was that they did not think they had any problem at all (31). Often, the traumatic reaction adapts over several years and becomes part of the individual's coping style. People at risk of PTSD commonly ask for medical help early, but do not do so in the psychiatric area. Finally, PTSD brings about less stigmatization compared to another psychiatric disorders, because their symptoms are considered as natural consequences of a severe traumatic event (32).

Apparently, the presence of psychiatric disorders other than PTSD is the rule rather than the exception. According

* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México Xochimilco # 101, col. San Lorenzo Huipulco. Correspondencia: e-mail: palacioslino@hotmail.com

** Director del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
Recibido: 27 de marzo de 2002. Aceptado: 12 de abril de 2002.

to clinical and general populations studies, between 50-90% of PTSD patients show comorbid psychiatric disorders (14-18, 33, 42, 43). PTSD is frequently associated with comorbid psychiatric disorders, such as High Depressive Disorder (HDD), Anguish Disorder (AD), Social Phobia (SP), Generalized Anxiety Disorder, Substance Use Disorder -mostly alcohol- (SUD), Personality Disorders (PD) (e.g., borderline, avoidance, antisocial), and Dissociative Disorders (4, 5, 9, 29, 32, 48).

In brief, the relevance of PTSD study becomes clear due to several aspects. Apparently, PTSD is more common than it is thought so. The life prevalence of PTSD among the general population is about 8 to 9%, and women have a higher risk to develop PTSD (22). Also, PTSD is more frequent after certain kinds of traumatic events (e.g., rape), not considering in this case the survivor's gender (29).

This discussion is divided in two parts. In this first article we will analyze some general aspects like the introduction of this disorder in the American classification, together with its definition, epidemiology, clinic course, effect on the individual's general functioning, and comorbidity with different psychiatric disorders.

Key words: Post-traumatic stress disorders, prevalence, subdiagnosis, risk factors, comorbidity, functioning.

RESUMEN

A lo largo de la historia, el ser humano ha tenido un contacto muy estrecho con una diversidad de sucesos traumáticos. Aunque en las sociedades más modernas se ha desarrollado una convivencia más aceptable, los hechos traumáticos en la vida diaria de cualquier individuo son cada vez más frecuentes, pues problemas habituales en las sociedades en desarrollo, como los bajos ingresos per cápita, condicionan conductas como robo con arma de fuego, secuestros u homicidios; asimismo, la desintegración familiar puede ser un factor para la violencia intrafamiliar, el tráfico y el consumo de sustancias ilícitas, o bien fenómenos climáticos como El Niño pueden dar origen a una mayor frecuencia de catástrofes naturales, como inundaciones por huracanes o tornados.

En la 4ta Reunión del Grupo de Consenso Internacional sobre Depresión y Ansiedad, llevada a cabo en Montecatini, Italia, en abril de 1999, el trastorno por estrés postraumático (TPEP) fue el tema principal debido a su alta prevalencia, impacto social y carga financiera sobre la sociedad, por lo que representa un gran problema de salud pública para países tanto en vías de desarrollo como desarrollados. Desde hace tres décadas se comenzaron a trazar las directrices biológicas del trastorno, y a desarrollarse nuevos y efectivos tratamientos (4, 32).

Los estudios epidemiológicos nos permiten estimar los índices de los trastornos específicos y su efecto en la comunidad y el sistema de salud. La prevalencia que indica la exposición a sucesos traumáticos en sí es una parte importante del estudio del TPEP. (22) Recientes estudios epidemiológicos demuestran que aproximadamente de 40 a 90% de las muestras comunitarias de adultos se han expuesto a un hecho traumático. Los índices de prevalencia en la vida del TPEP varían 5 a 15% en países del primer mundo. Cuatro a seis por ciento de la población actualmente manifiesta síntomas de TPEP, con base sólo en el peor acontecimiento traumático (8, 9, 13, 20, 29, 32, 39).

El trastorno por estrés postraumático es un trastorno de ansiedad que ha cobrado fuerza en las áreas de la investigación y del ámbito clínico en las últimas dos décadas por varias razones, una de las cuales es que los niveles de violencia han aumentado en el mundo de manera dramática, y otra, es que se ha reconocido su subdiagnóstico en varias poblaciones en el mundo.

No todo aquel que se expone a un suceso traumático desarrolla el TPEP. Existen varios factores de riesgo que incrementan la posibilidad de su presentación y cronicidad, como experimentar el evento en etapas tempranas, que se padecen múltiples hechos traumáticos, su severidad, el género de quien lo experimenta, una historia personal de estrés y de problemas conductuales o psicológicos, psicopatología comórbida, factores genéticos, historia familiar de psicopatología, historia de TPEP en los padres o una exposición subsecuente a sucesos medioambientales reactivantes. Por otro lado, los factores de riesgo se clasifican de acuerdo con la persona y el hecho traumático experimentado (19, 22). Por ejemplo, en diferentes estudios se publica que las mujeres corren un riesgo más alto que los hombres de desarrollar un TPEP, a pesar de exponerse con menos frecuencia a las experiencias traumáticas (13, 20, 37).

El grado de desarrollo psicobiológico es importante al momento de presentarse un suceso traumático, pues se ha comprobado que la edad es un factor significativo para el desarrollo del TPEP; las experiencias traumáticas en la infancia se asocian con un mayor riesgo de presentación del trastorno y con síntomas más severos (10).

El curso clínico del TPEP es con frecuencia crónico; solamente 50% de los pacientes se recupera dentro de los dos primeros años posteriores al incidente. Muchos de quienes no se recuperan aún tendrán síntomas 15 años después (32).

La situación en los países menos desarrollados es de particular interés, pues, debido a que los sucesos traumáticos que ahí se padecen son con frecuencia guerras prolongadas, hambre, represión política y violencia sectaria, pareciera que el TPEP sobre el curso de la vida es más crónico y el perfil de los síntomas más complejo e incapacitante que en los países desarrollados (21, 23, 38, 45, 46).

El TPEP tiene un efecto importante en las diferentes esferas del ser humano, que se demuestra por ejemplo en los grandes costos sociales. En general, los individuos con este trastorno tienen ingresos menores, altos índices de falla escolar y más problemas interpersonales comparados con la población general. Además, la edad de inicio del trastorno mental tiene un valor predictivo sobre los logros en los ámbitos educativo, demográfico, marital y económico (8, 23, 24, 27, 28, 30, 32).

Investigaciones en la población general en Estados Unidos estiman que 38% de las personas con TPEP está en tratamiento en un año determinado. La razón que más se reportó para no recibir tratamiento en el 62% restante fue que estas personas no pensaban que tuvieran un problema (31). Después de muchos años, la reacción traumática con frecuencia se adapta y se convierte en parte del estilo de afrontamiento del individuo. Las personas en riesgo de un TPEP con frecuencia asisten tempranamente al sistema médico, mas no al área psiquiátrica. Por último, existe menor estigmatización respecto del TPEP en comparación con otros trastornos psiquiátricos, pues se considera que los síntomas son consecuencia natural de un suceso traumático severo (32).

Parece que la presencia de otros trastornos psiquiátricos en individuos con TPEP es la regla más que la excepción. Estudios en

poblaciones clínicas y general reportan que aproximadamente de 50 a 90% de los individuos con TPEP crónico tienen trastornos psiquiátricos comórbidos (14-18, 33, 42, 43). El TPEP se asocia con frecuencia con otros trastornos psiquiátricos comórbidos, como trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno de angustia (TA), fobia social (FS), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por uso de sustancias, principalmente alcohol (TUS), trastornos de personalidad (p. ej., limítrofe, evitativo, antisocial, etc.) y trastornos disociativos (4, 5, 9, 29, 32, 48).

En resumen, parece evidente la importancia del trastorno por estrés postraumático por varios aspectos. En apariencia, el TPEP es más común de lo que se pensaba. La prevalencia en la vida para el TPEP en la población general es de alrededor de 8 a 9%, y son las mujeres quienes corren un riesgo más elevado para desarrollar el TPEP (22). El TPEP también es más frecuente después de ciertos tipos de hechos traumáticos (p. ej., violación) sin considerar el género de los sobrevivientes (29).

Esta es la primera parte de dos en total de que constará esta revisión. En este artículo veremos aspectos generales, desde la introducción de este trastorno en la clasificación estadounidense, así como su definición, epidemiología, curso clínico, efecto en el funcionamiento en general del individuo y su comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

Palabras clave: Trastornos por estrés postraumático, prevalencia, subdiagnóstico, factores de riesgo, comorbilidad, funcionamiento.

INTRODUCCIÓN

Desde la introducción y definición de los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático (TPEP) en el DSM III (1980), (1) una serie de estudios apoya su validez etiológica y fenomenológica típica (3, 22, 35, 47). Por definición, el TPEP es diferente a los trastornos de ansiedad restantes, debido a que su inicio depende de la exposición a una o más experiencias traumáticas relacionadas, como sucede durante una guerra o un abuso sexual persistente, además de que el paciente presenta un considerable deterioro en su funcionamiento social, ocupacional o personal (2, 4, 40). Recientemente se ha reconocido su importancia debido al incremento en los índices de violencia, sobre todo en las grandes ciudades, donde el individuo padece constantes agresiones (32). Conforme surgen nuevos estudios, es más claro que muchas alteraciones biológicas en el TPEP parecen distintas de las observadas en otros trastornos psiquiátricos, en particular de ansiedad y afectivos. Es curioso que, a pesar de las marcadas diferencias en algunos sistemas biológicos entre el TPEP y el trastorno depresivo mayor (TDM), los antidepresivos constituyan un tratamiento de primera línea en ambas condiciones. Los primeros estudios sobre su frecuencia documentaron porcentajes bajos en comparación con la de los eventos traumáticos.

A partir de ese momento el concepto de TPEP evolucionó desde una respuesta que ocurre universalmente hasta la visión del trastorno como un tipo específico de respuesta al evento traumático que ocurre en ciertas circunstancias.

En la 4ta. reunión del Grupo de Consenso Internacional sobre Depresión y Ansiedad, llevada a cabo en Montecatini, Italia, en abril de 1999, el TPEP fue el tema principal debido a su alta incidencia, a su efecto social y por la carga financiera que representa para la sociedad, lo que constituye un gran problema de salud pública para países tanto en vías de desarrollo como desarrollados. En las tres décadas recientes se comenzaron a formar las directrices biológicas del trastorno, y a desarrollar nuevos y efectivos tratamientos. (4,32)

EPIDEMIOLOGÍA, CURSO Y FARMACOECONOMÍA DEL TPEP

Los estudios epidemiológicos nos permiten estimar los índices de los trastornos específicos y su efecto en la comunidad y el sistema de salud. Los resultados de tales estudios pueden guiarnos en la planeación de la política pública, en el tratamiento y en la prevención de estos trastornos (22).

Prevalencia de la exposición a un evento traumático y del TPEP

El índice que indica la exposición a eventos traumáticos en sí es una parte importante del estudio del TPEP (22). Muchas personas están expuestas a más de un evento o experiencia traumática que ocurra repetidamente (7, 8, 22, 23, 29, 39). Recientes estudios epidemiológicos han demostrado que aproximadamente de 40 a 90% de las muestras comunitarias de adultos se ha expuesto a un evento traumático.

Estos índices de prevalencia varían de 5 a 15% en países del primer mundo. En parte, esta variación resulta del grado de exposición a los eventos traumáticos. Estados Unidos tiende a tener mayores índices de exposición que los países más desarrollados de Europa y Asia. Cuatro a seis por ciento de la población actualmente manifiesta síntomas de TPEP, con base sólo en el peor evento traumático (8, 9, 13, 20, 29, 32, 39); al incluir estudios limitados a muestras representativas de mujeres, los rangos se incrementan de 12.3% (39) a 13.8% (7). Estas diferencias son consistentes con los hallazgos de varios estudios en la población general, según los cuales las mujeres parecen tener mayor probabilidad que los hombres de desarrollar el TPEP (22).

Debido a que solamente cerca de una cuarta parte de quienes se exponen a un evento traumático desarrollan TPEP a pesar de la alta prevalencia de la exposición a un suceso de este tipo, deben existir factores asociados con un mayor riesgo de desarrollar un TPEP.

Breslau y cols. reportaron que el riesgo más alto para desarrollar un TPEP se asoció con ataque violento: 20.9%. El evento traumático que se reportó con más frecuencia como detonador entre las personas con TPEP (31% de los casos) fue la muerte súbita e inesperada de un ser querido, evento que representó 60% de la muestra, con un riesgo de 14.3% para el TPEP. Al controlar el tipo de evento traumático, las mujeres corrían mayor riesgo de desarrollar el TPEP que los hombres (13% las mujeres y 6.2% los hombres) (7, 8, 22, 29). Sobre este punto, Kessler por su parte encuentra que 65% de los hombres y 46% de las mujeres reportaron la violación como el evento traumático que más probablemente produjo el TPEP. Dado el hecho de que la violación es más frecuente entre las mujeres, esto podría ser una de las razones para su mayor vulnerabilidad para el TPEP (29). Korn indica que la incidencia del TPEP se duplica al considerar múltiples acontecimientos traumáticos (32).

Kessler y cols. presentaron datos del Estudio Nacional sobre Comorbilidad (NCS, sus siglas en inglés), que muestran que 7.8% de los sujetos tenía una historia familiar de TPEP, según el DSM-III-R, y una prevalencia actual del TPEP de 2.3%.

Varios factores que tal vez contribuyan a las prevalencias de TPEP mucho más altas de los estudios más recientes son las diferencias en los criterios diagnósticos, en los procedimientos de evaluación y en las características de la muestra (23, 39).

Factores de riesgo para el desarrollo y perpetuación del trastorno por estrés postraumático

Como ya se mencionó, no todo aquel que se expuso a un evento traumático desarrolla el TPEP. Existen varios factores de riesgo que incrementan la posibilidad de presentación y cronicidad del TPEP, que se muestran en el cuadro 1. El reconocimiento de estos factores de riesgo puede tener implicaciones significativas para la farmacoterapia.

Factores de riesgo para el TPEP

Básicamente, estos factores de riesgo se clasifican de acuerdo con la persona involucrada y el evento

CUADRO 1
Factores de riesgo para el desarrollo del trastorno por estrés postraumático y su cronicidad

Experimentar el evento en etapas tempranas
Múltiples eventos traumáticos
Severidad del evento traumático
Sexo femenino
Historia personal de estrés
Historia de problemas conductuales o psicológicos
Psicopatología comórbida
Factores genéticos
Historia familiar de psicopatología
Historia de TPEP en los padres
Exposición subsecuente a eventos medioambientales reactivantes

traumático experimentado (19, 22).

De acuerdo con los diferentes estudios, se sabe que las mujeres corren un riesgo más alto que los hombres de desarrollar un TPEP, a pesar de exponerse con menor frecuencia a las experiencias traumáticas (13, 20, 37). Esta mayor vulnerabilidad en las mujeres es consistente con lo reportado por Breslau y cols., y Kessler y cols., quienes reportaron resultados similares con las mujeres, que muestran 2 veces más probabilidad en general que los hombres a tener un TPEP en la vida (10.4% vs 5%, p<.05) (8, 9, 29).

Por otro lado, no existe una consistencia respecto del grupo étnico que se encuentra en un riesgo más alto para el desarrollo del TPEP (8, 13).

Helzer y cols. describieron el TPEP asociado con una variedad de trastornos psiquiátricos. También encontraron que podía predecirse el TPEP a partir de una historia de problemas conductuales antes de los 15 años de edad, y que el índice se incrementó con el número de problemas conductuales (9, 11, 20). Davidson y cols., y Nishit y cols. mostraron además que el abuso físico o sexual en la infancia aumentaba la posibilidad de desarrollar TPEP (13, 36).

En cuanto a la historia familiar psiquiátrica, Davidson y cols. reportaron que los pacientes con TPEP tenían 2.8 veces más probabilidad de tener una historia de enfermedad psiquiátrica que sus parientes (9, 13). Bromet y cols. encontraron que el trastorno mental en el parente fue un factor de riesgo para el TPEP en varones, semejante al de las mujeres (OR = 1.9) (11).

En cuanto al tipo de evento traumático, Davidson y cols., y Breslau y cols. llegaron a resultados similares al notar que los eventos traumáticos frecuentes de quienes tenían TPEP fueron: 1) Amenaza, llamada íntima o violación,

2) presenciar actos violentos, fatales o no, 3) ataque físico, 4) accidente, y 5) combate bélico (9, 13, 37).

Respecto del sexo femenino, Resnick y cols., y Breslau y cols., encontraron resultados consistentes con el asalto y la violación como los eventos traumáticos más frecuentes que generaban un TPEP. Resnick y cols. reportaron que el índice más alto de TPEP tanto en la vida (38,5%) como actual (18%) ocurrió entre mujeres con una historia de abuso físico, seguido por aquellos con una historia de abuso sexual (32 y 12.4%, respectivamente) (7, 39). Kessler y cols. observaron que la violación es el evento traumático que más probablemente se asocia con el TPEP, tanto en hombres como en mujeres (29).

Los problemas del desarrollo involucrados en el TPEP

Se ha demostrado que la edad en la que ocurre un evento traumático es un factor significativo para el desarrollo del TPEP; las experiencias traumáticas en la infancia se asocian con un mayor riesgo y con síntomas más severos (10). Tanto el abuso sexual como el abuso físico infantil se asocian con mayores índices de victimización en la adultez (44).

Además del TPEP, los niños pueden tener mayor probabilidad de tener otras condiciones psiquiátricas después de la exposición a un evento traumático, debido a que el cerebro en desarrollo es más sensible a las agresiones traumáticas que afectan la maduración neurobiológica, que puede resultar en una producción sintomática más general y convincente (48). A la fecha, se desconoce cómo interactúan los factores del desarrollo con otros factores de riesgo para producir constelaciones diversas de síntomas (48).

Del mismo modo, en la adultez, la exposición al evento traumático no se restringe al desarrollo exclusivamente del TPEP. Las experiencias traumáticas se han asociado con el desarrollo de otras condiciones psiquiátricas, como trastornos afectivos (34) y de ansiedad (p. ej., trastorno de angustia o de ansiedad generalizada) (41).

El curso clínico del TPEP

El curso es con frecuencia crónico: sólo 50% de los pacientes se recupera dentro de los dos primeros años después del incidente. Muchos de quienes no se recuperan aún tendrán síntomas 15 años después (32). Por otra parte, se ha demostrado que la duración prome-

dio de los síntomas del TPEP es mayor en las mujeres (con un promedio de 48.1 meses) que en los hombres (promedio: 12.1 meses), con una mediana de tiempo para la remisión de los síntomas del TPEP de 35 meses para las mujeres y de 9 para los hombres (7, 48). El TPEP crónico parece asociarse también con un riesgo incrementado para el desarrollo secundario y crónico de trastornos afectivos, ansiosos, por usos de sustancias o trastornos de personalidad comórbidos (16, 18, 33, 48).

La situación en los países menos desarrollados es de particular interés, pues en ellos los eventos traumáticos por lo general se asocian con guerras prolongadas, carencias materiales, represión política y violencia sectaria. Así, pareciera que el TPEP sobre el curso de la vida es más crónico, y el perfil de los síntomas más complejo e incapacitante, en los países menos desarrollados que en los desarrollados (21, 23, 38, 45, 46).

Los efectos del TPEP sobre el funcionamiento en general del individuo

El TPEP tiene grandes costos sociales. En general, los individuos con este trastorno tienen altos índices de falla escolar, ingresos más bajos y más problemas interpersonales comparados con la población general; además la edad de inicio del trastorno mental tiene un valor predictivo sobre los logros en los ámbitos educativo, de natalidad, marital y económico (8, 23, 24, 27, 28, 30, 32).

Algunas investigaciones en la población general en los Estados Unidos estiman que 38% de las personas con TPEP está en tratamiento en un año dado. La razón que más se reportó para no recibir tratamiento entre el 62% restante, es que estas personas no pensaban que tuvieran un problema (31). Además existen otros factores que contribuyen a que sea bajo el número de individuos con TPEP que reciben tratamiento efectivo, como un proceso de referencia insuficiente o la falta de médicos apropiados entrenados en el tratamiento de este trastorno. Quienes estuvieron expuestos a traumas repetidos en la infancia son los más difíciles de identificar y tratar. Después de muchos años, la reacción traumática con frecuencia se adapta y se convierte en parte del estilo de afrontamiento del individuo. Las personas en riesgo de TPEP con frecuencia asisten tempranamente al sistema médico, mas no al área psiquiátrica.

Por último, cabe señalar que el TPEP tiene una menor estigmatización comparado con otros trastornos

psiquiátricos, debido a que se considera que los síntomas son una consecuencia natural de un evento traumático severo (32).

LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA ASOCIADA CON EL TPEP

Parece que la presencia de otros trastornos psiquiátricos en individuos con TPEP es la regla más que la excepción. Estudios en poblaciones clínicas y general reportan que aproximadamente 50 a 90% de los individuos con TPEP crónico tienen trastornos psiquiátricos comórbidos (14-18, 33, 42, 43). En niños y adolescentes con TPEP, las comorbilidades comunes incluyen trastornos en el apego, habilidades sociales deterioradas, agresión, problemas en el control de los impulsos, ansiedad, depresión, somatización y uso de sustancias (25). La presencia de condiciones psiquiátricas comórbidas influye de manera importante en las decisiones acerca de las opciones terapéuticas en el TPEP debido a que los síntomas postraumáticos del paciente con frecuencia no mejorarán a menos que se traten también los síntomas comórbidos (48).

Por otro lado, es importante el dato de que cerca de 21% de las mujeres y 12% de los hombres de las muestras comunitarias con TPEP no tienen otros trastornos (26). Esto refuerza la idea de que pueden existir subgrupos del TPEP con diferentes perfiles de vulnerabilidad para el desarrollo de diferentes condiciones comórbidas; asimismo, los diferentes cursos clínicos del TPEP también apoyan la idea de diferentes factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno y las condiciones comórbidas (48).

El TPEP se asocia con frecuencia a otros trastornos psiquiátricos comórbidos, como el trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno de angustia (TA), fobia social (FS), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por uso de sustancias, principalmente con alcohol (TUS), trastornos de personalidad (p. ej., límitrofe, evitativo, antisocial, etc.) y los trastornos dissociativos (4, 5, 9, 29, 32, 48).

El Estudio Nacional de Comorbilidad (ECN) reporta que 59% de los hombres y 44% de las mujeres con TPEP reúnen criterios para tres o más diagnósticos psiquiátricos (29). Cashman y cols. estudiaron a 277 víctimas femeninas de asalto y encontraron que 60% tenía un TDM comórbido y 25% un TUS comórbido, además de que existían altos índices de trastornos límitrofe, evitativo y paranoide de la personalidad (12).

La importancia de la comorbilidad radica en

que al parecer se relaciona con la cronicidad de la enfermedad y puede fomentar una mayor resistencia a las intervenciones tanto farmacológicas como psicoterapéuticas (5, 6, 12, 49).

CONCLUSIONES

En resumen, parece que es clara la importancia del trastorno por estrés postraumático por varios aspectos. El TPEP parece más común de lo que se pensaba. La prevalencia en la vida para el TPEP en la población general es de alrededor de 8 a 9%, y en las mujeres recae el riesgo más elevado para desarrollar el TPEP (22). También es más frecuente después de ciertos tipos de eventos traumáticos (p. ej., violación) sin considerar el género de los sobrevivientes (29).

A pesar del fenómeno de globalización que hoy vive el mundo, es de resaltar las diferencias en los índices de prevalencia de exposición a un evento traumático entre los países del primer mundo y los del tercero. Un dato que también llama la atención es que a pesar de que los hombres se exponen más a los eventos traumáticos, las mujeres padecen con mayor frecuencia el trastorno por estrés postraumático (13, 20, 37). Una explicación de lo anterior, si se obvian las áreas biológica y psicológica del individuo, podría ser que las prevalencias a los eventos traumáticos son diferentes para ambos géneros, y que además el riesgo de desarrollar un TPEP es diferente para cada tipo de evento. Asimismo se debe destacar el efecto de la exposición a múltiples eventos traumáticos sobre la probabilidad de desarrollar el trastorno (32).

El aumento del interés en las interacciones entre los problemas del desarrollo y los factores de riesgo del TPEP se ha traducido en un esfuerzo por mejorar nuestra habilidad para identificar a las personas con un riesgo mayor y quizás proveer una intervención más oportuna que atenúe el curso o la severidad de la enfermedad. Por tanto, los factores de riesgo para el desarrollo y perpetuación del trastorno por estrés postraumático deben considerarse una parte medular del desarrollo de programas de atención y prevención de este trastorno. Lo anterior cobra aún mayor importancia cuando se asocia con variables como edad y efecto en el funcionamiento general del individuo, pues, como se ha observado con la mayoría de los trastornos psiquiátricos –si no es que en todos– la influencia sobre el sistema nervioso y por obvias razones sobre el desarrollo psicomotor es aún mayor en edades tempranas, lo que se manifiesta en un abanico de expresiones psicopatológicas que desafían a cualquier clasificación establecida y que ade-

más inciden sobre el funcionamiento en general (8, 23, 24, 27, 28, 30, 32).

Se debe subrayar el significado que puedan tener para el individuo las reacciones debidas a un evento traumático, pues la mayoría las consideran "normales". Esto debe alertar al clínico sobre la necesidad de investigar de manera propositiva el trastorno, con el fin de mejorar el pronóstico del paciente.

Por último, en cuanto a los trastornos psiquiátricos que pueden coexistir, se ha sugerido que los altos índices de comorbilidad en el TPEP son tan sólo un *epifenómeno* de los criterios con que se diagnostican todos estos trastornos (5). Van der Kolk y cols. sugieren que el TPEP y las condiciones comórbidas no deben verse como trastornos separados, sino como *un complejo de efectos somáticos, cognitivos, afectivos y conductuales de un evento traumático psicológico* (46). Es significativo que, una vez que se atenúan los síntomas del TPEP, también disminuye la tendencia a manifestar otros trastornos (29, 32).

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Tercera edición; Washington, 1980.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson, cuarta edición, Washington, 1995.
3. ATKINSON RM, SPARR LF, SHEFF AG: Diagnosis of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: preliminary findings. *Am J Psychiatry*, 141:694-696, 1984.
4. BALLENGER J, DAVIDSON J, LECRUBIER Y: Focus on posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 61 (supl 5):3-12, 2000.
5. BRADY K, KILLEEN T, BREWERTON T, LUCERINI S: Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 61 (supl 7):22-32, 2000.
6. BREMNER J, SOUTHWICK S, DARNELI A y cols.: Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *Am J Psychiatry*, 153:369-375, 1996.
7. BRESLAU N, DAVIS GC, PETERSON EL y cols.: Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Arch Gen Psychiatry*, 54:81-87, 1997.
8. BRESLAU N, KESSLER RC, CHICOAT HD, SCHULTZ LR, DAVIS GC, ANDRESKI P: Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*, 55:626-632, 1998.
9. BRESLAU N, DAVIS GC, ANDRESKI P y cols.: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48:216-222, 1991.
10. BRIERE J, WOO R, MCRAE B y cols.: Lifetime victimization history, demographics, clinical status in female psychiatric emergency room patients. *J Nerv Ment Dis*, 185:95-101, 1997.
11. BROMET E, SONNEGA A, KESSLER RC: Risk factors for DSM-III-R PTSD: findings from the National Comorbidity Survey. *Am J Epidemiol*, 147:343-361, 1998.
12. CASHMAN LC, MOLNAR E, FOA B: Comorbidity of DSM-III-R Axis I and II disorders with acute and chronic posttraumatic stress disorder. Trabajo presentado en la 29 Convención Anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy. Washington, 1995.
13. DAVIDSON JRT, HUGHES D, BLAZER D y cols.: Posttraumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med*, 21:1-19, 1991.
14. DAVIDSON JRT, SWARTZ M, STORK M y cols.: A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 142:90-93, 1985.
15. ENGDAHL B, DIKEL TN, EBERLY R y cols.: The comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *Am J Psychiatry*, 155:1740-1745, 1998.
16. FREDDY JR, SHAW DL, JARRELL MP: Towards an understanding of the psychological impact of natural disaster: An application of the conservation resources stress model. *J Trauma Stress*, 5:441-454, 1992.
17. GREEN BL, LINDY JD, GRACE MC y cols.: Multiple diagnosis in posttraumatic stress disorder: the role of war stressors. *J Nerv Men Dis*, 177:329-335, 1989.
18. GREEN BL, LINDY JD, GRACE MC, LEONARD AC: Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *J Nerv Men Dis*, 180:760-766, 1992.
19. GREEN BL: Psychological research in traumatic stress: an update. *J Trauma Stress*, 7:341-362, 1994.
20. HELZER JE, ROBINS LN, McEVOY L: Posttraumatic stress disorder in the general population. *N England J Med*, 317:1630-1634, 1987.
21. HERMAN JL: Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress*, 5:377-391, 1992.
22. HIDALGO R, DAVIDSON J: Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and health related considerations. *J Clin Psychiatry*, 61 (supl 7):5-13, 2000.
23. KESSLER RC: Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry*, 61 (supl 5):4-12, 2000.
24. KESSLER RC, BERGLUND PA, FOSTER CL y cols.: Social consequences of psychiatric disorders, II: teenage parenthood. *Am J Psychiatry*, 154:1405-1411, 1997.
25. KESSLER RC, BORGES B, WALTERS EE: Prevalence and risk factors of lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56:617-626, 1999.
26. KESSLER RC, DAVIS CG, KENDLER KS: Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med*, 27:1101-1119, 1997.
27. KESSLER RC, FOSTER CL, SAUNDERS WB y cols.: Social consequences of psychiatric disorders, I: educational attainment. *Am J Psychiatry*, 152: 1026-1032, 1995.
28. KESSLER RC, FRANK RG: The impact of psychiatric disorders on work loss day. *Psychol Med*, 27:861-873, 1997.
29. KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E y cols.: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52:1048-1060, 1995.

30. KESSLER RC, WALTERS EE, FORTHOFER MS: The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *Am J Psychiatry*, 155:1092-1096, 1998.
31. KESSLER RC, ZHAO S, KATZ SJ y cols.: Past year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 156:115-123, 1999.
32. KORN M: *New Insights into PTSD*. XXII Congreso del Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum, MEDSCAPE. (www.http://medscape.com)
33. LERER B, BLEICH A, KOTLER M y cols.: Posttraumatic stress disorder in Israeli combat veterans: Effect of phenelzine treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 44:976-981, 1987.
34. LEYBA CM, WAMPLER TP: Risperidone in PTSD [letter]. *Psychiatry Serv*, 49:245-246, 1998.
35. MFARLANE A: The phenomenology of posttraumatic stress disorders following a natural disaster. *J Nerv Men Dis*, 176:22-29, 1988.
36. NISHIT P, MECHANIC MB, RESICK PA: Prior Interpersonal Trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *J Abnormal Psychol*, 109(1):20-25, 2000.
37. NORRIS FH: Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol*, 60:409-418, 1992.
38. PELCOVITZ D, van der KOLK BA, ROTH S y cols.: Development of a criteria set a structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *J Trauma Stress*, 10: 3-15, 1997.
39. RESNICK HS, KILPATRICK DG; DANSKY BS y cols.: Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in the national sample of women. *J Consult Clin Psychol*, 61:984-991, 1993.
40. SHALEV AY: Post traumatic stress disorder: diagnosis, history, and life course. En: *Post-traumatic Stress Disorder Diagnosis, Management and Treatment*. Nutt D, Davidson JRT, Zohar J (eds.), pp. 1-15. Martin Dunitz Ltd, 2000.
41. SHAY J: Fluoxetine reduces explosiveness and elevates mood of Vietnam combat vets with PTSD. *Trauma Stress*, 5:97-101, 1992.
42. SHORE JH, VOLLMER WM, TATUM EI: Community patterns of posttraumatic stress disorders. *J Nerv Men Dis*, 177:681-685, 1989.
43. SIERLES FS, CHEN J, MCFARLAND RE y cols.: Posttraumatic stress disorder and concurrent psychiatric illness: a preliminary report. *Am J Psychiatry*, 140:1177-1179, 1983.
44. SILVA RR, ALPERT M, MUÑOZ DM y cols.: Stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 157:1229-1235, 2000.
45. SIMON RI: Chronic posttraumatic stress disorder: a review and check list of factors influencing prognosis. *Harv Rev Psychiatry*, 6:304-312, 1999.
46. van der KOLK BA, PELCOVITZ D, ROTH S y cols.: Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *Am J Psychiatry*, 153 (supl 7):83-93, 1996.
47. VAN KAMPEN M, WATSON CG, TILLESKJOR C y cols.: The definition of posttraumatic stress disorder in alcoholic Vietnam veterans. Are the DSM-III diagnostic criteria necessary and sufficient? *J Nerv Men Dis*, 174:137-144, 1986.
48. YEHUDA R, WONG Ch: Etiology and biology of posttraumatic stress disorder: Implications for treatment. *Psychiatric Clin North America*, 8:109-134, 2001.
49. ZLOTNICK C, WARSHAW M, SHEA MT y cols.: Chronicity in posttraumatic stress disorder (PTSD) and predictors of course of comorbid PTSD in patients with anxiety disorders. *J Trauma Stress*, 12:89-100, 1999.