

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

### RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 212-2017-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 29 de diciembre de 2017

**Visto;** la Nota Informativa Nº 186-2017-OEPE/HVLH emitida por el Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Víctor Larco Herrera;

#### CONSIDERANDO:

Que, en las disposiciones complementarias del Decreto Legislativo Nº 1161 que aprueba la Ley de Organización del Ministerio de Salud señala que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, según lo establecido en la Ley Nº 26842 – Ley General de la Salud, teniendo a cargo la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud y es la máxima autoridad en materia de salud. Su finalidad es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación en salud de la población;

Que, conforme lo establecido en el artículo 8º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera, aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, inciso d) mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", siendo entre ellas, las Guías Técnicas que pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario, tal como lo señala en el numeral 6.1.3 Guía Técnica;

Que, con la finalidad de establecer pautas para el manejo de los pacientes con trastornos de ansiedad y psicotraumático, estos desordenes constituyen en la actualidad problemas de mayor demanda en la salud mental; el Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria ha elaborado la "Guía Técnica para la atención de pacientes con trastornos de ansiedad y psicotraumáticos" del Hospital Víctor Larco Herrera;

Que, el citado documento ha sido revisado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, como órgano asesor en aspectos normativos, emitiendo opinión favorable a través de la Nota Informativa Nº 186-2017-OEPE/HVLH, por la cual solicita su aprobación mediante acto resolutorio; por lo que es pertinente proceder a su aprobación con la resolución correspondiente;

Con el visado de la Jefa del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria, de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica y del Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital "Víctor Larco Herrera", y;

De conformidad con el literal c) del artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial Nº 132-2005/MINSA;



**SE RESUELVE:**

**Artículo 1º.-** Aprobar la "GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD y PSICOTRAUMÁTICOS" el mismo que en documento adjunto a folios (67), forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2º.-** El Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria del Hospital Víctor Larco Herrera, es la responsable de la difusión, implementación y cumplimiento del citado documento.

**Artículo 3º.-** Dejar sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

**Artículo 4º.-** Disponer, la publicación de la presente resolución en el portal institucional del Hospital Víctor Larco Herrera ([www.larcoherrera.gob.pe](http://www.larcoherrera.gob.pe))

Regístrese y Comuníquese

Ministerio de Salud  
Hospital Víctor Larco Herrera

  
Med. Elizabeth M. Rivera Chávez  
Directora General  
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRCH/MYRV/agfb

Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Departamento de Consulta Externa y S.M.C.
- C.C Archivo.





PER

MINISTERIO  
DE SALUD

Hospital Nacional  
"Víctor Larco Herrera"



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

**GUÍA TÉCNICA  
PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD Y  
PSICOTRAUMÁTICOS**

**ELABORADA POR:**

**MC. Donald Jack Briam Cabrera Astudillo  
Médico Psiquiatra**

**Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria  
Hospital Víctor Larco Herrera**

**COLABORADORES:**

**MC. Elizabeth Verónica Valdivia Márquez  
Médico Residente de Psiquiatría  
Hospital Nacional Hipólito Unanue**

**MC. Fiorella Marleny Larizbeascoa Morales  
Médico Residente de Psiquiatría  
Hospital Víctor Larco Herrera**

2017





PER

MINISTERIO DE SALUD

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

INDICE

I. TITULO: ..... 4

II. FINALIDAD: ..... 4

III. OBJETIVOS: ..... 4

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN: ..... 4

V. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR: ..... 4

VI. CONSIDERACIONES GENERALES: ..... 4

6.1. EPIDEMIOLOGÍA ..... 5

6.2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD ..... 7

6.3. SUCESOS POTENCIALMENTE TRAUMÁTICOS ..... 8

6.4. DISOCIACIÓN: ..... 9

6.5. SISTEMAS DE ACCIÓN ..... 9

6.5.1. SISTEMAS DE ACCIÓN DE LA VIDA DIARIA: ..... 9

6.5.2. SISTEMAS DE ACCIÓN DEFENSIVOS: ..... 9

6.6. SISTEMAS DE ACCIÓN Y TRAUMA ..... 10

6.7. DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL: ..... 10

6.8. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS (ESTUDIOS ACE): ..... 11

VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS ..... 11

7.1. CUADRO CLÍNICO: ..... 11

7.1.1. ALTERACIONES PERITRAUMÁTICAS DE LA CONCIENCIA ..... 11

7.1.2. SÍNTOMAS DE DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL ..... 12

7.2. DIAGNÓSTICOS ..... 19

7.3. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES: ..... 20

7.4. ESCALAS DE VALORACIÓN Y SCREENING: ..... 21

7.5. MANEJO INICIAL Y ABORDAJE SOCIAL ..... 23

7.5.1. MEDIDAS GENERALES ..... 23

7.5.2. ABORDAJE DE REACCIONES EMOCIONALES, COGNITIVAS, FÍSICAS E INTERPERSONALES COMUNES FRENTE A REACTIVACIÓN AGUDA DE LA SINTOMATOLOGÍA ..... 24

7.5.3. PRIMEROS AUXILIOS PSICÓLOGICOS (PAP) – "MODELO ABCDE"<sup>32</sup> ..... 26

7.5.4. TÉCNICAS PARA INICIO DE TRATAMIENTO DE PATOLOGIAS NEURÓTICAS Y PSICOTRAUMÁTICAS ..... 27

7.6. MANEJO PSICOTERAPÉUTICO ..... 30

7.6.1. RECOMENDACIONES DEL ENFOQUE TERAPÉUTICO<sup>37</sup>: ..... 30

7.6.2. MODELO DE TRES ETAPAS PARA EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA ..... 32

7.7. MANEJO FARMACOLÓGICO ..... 36

7.7.1. DOSIS DE MEDICAMENTOS ..... 38

7.7.2. MANTENIMIENTO ..... 38



*[Handwritten signature]*





PER

MINISTERIO  
DE SALUD

Hospital Nacional  
"Victor Larco Herrera"



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

7.8.	ALGORITMO .....	39
VIII.	RECOMENDACIONES .....	40
IX.	ANEXOS .....	42
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....	65





PER

MINISTERIO  
DE SALUD

Hospital Nacional  
"Víctor Larco Herrera"



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

**I. TITULO:**

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD Y PSICOTRAUMÁTICOS

**II. FINALIDAD:**

La presente Guía tiene como propósito establecer pautas para el manejo de los pacientes con trastornos de ansiedad y psicotraumático. Estos desordenes constituyen en la actualidad problemas de mayor demanda en la salud mental, En nuestro hospital desde la década pasada constituyen los trastornos de ansiedad la patología más frecuente en pacientes nuevos que acuden por consultorios externos.

**III. OBJETIVOS:**

La guía de práctica clínica para la atención de pacientes con trastornos de Ansiedad tiene como objetivo general poner a disposición del personal de salud del Hospital Víctor Larco Herrera un documento basado en la evidencia disponible que permita:

1. Identificar oportunamente a los pacientes afectados por trastornos de ansiedad y psicotrauma.
2. Identificar la presencia de comorbilidad asociada a los trastornos de ansiedad y psicotrauma.
3. Tratar adecuadamente a los pacientes con trastornos de ansiedad y psicotrauma.
4. Reducir la discapacidad laboral y funcional para la actividad diaria que suponen los trastornos de ansiedad y psicotraumáticos.

**IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:**

La presente Guía es de aplicación en los Departamentos de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria, Hospitalización y Emergencia del Hospital "Víctor Larco Herrera".

**V. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:**

TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS (F40, F41, F43, F44, F45, F48 de la Décima Versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades)

**VI. CONSIDERACIONES GENERALES:**

La salud mental, teniendo en este concepto dentro de los parámetros de salud en general de una persona, viene a ser conceptos indivisibles uno de otro, requerimientos básicos para asegurar una buena calidad de vida de la persona promoviendo bienestar y desarrollo personal. Los diferentes trastornos mentales constituyen de las primeras causas de discapacidad y disconfort personales, afectando no solamente en la vida personal de estas sino causando impacto económico en nuestro país pues gran parte de estas patologías afectan a la población en edad económicamente activa.

Los trastornos de ansiedad abarcan diversos cuadros psicopatológicos todos los cuales tienen en común características en común como intranquilidad, temor, preocupación excesiva y dentro de sus diversas formas de presentación podrán llegar desde atención primaria de salud o incluso requerir atención especializada en las diversas instituciones



psiquiátricas de nuestro medio. Estas patologías cuentan con mayor prevalencia no solo en nuestro país sino también a nivel internacional, seguida por trastornos depresivos y consumo de sustancias, aun así se sospecha el subdiagnóstico o la automedicación elevada en nuestro país puede sesgar el número total de peruanos que sufran estas patologías.

Un diagnóstico oportuno y adecuado evitara los niveles sustanciales de discapacidad que puede ocasionar la enfermedad, el impacto considerable a nivel personal, social y laboral que pueda padecer el paciente y sobre todo evitar la cronicidad en muchos casos alimentada por la automedicación.

La variabilidad en cuanto al tratamiento es también motivación para la elaboración de esta guía de práctica clínica en donde se busca que el médico tratante sepa identificar síntomas como ansiedad o preocupación excesiva y traducirla dentro de marco estas patologías ansiosas, el adecuado manejo farmacológico y psicoterapéutico y una buena psicoeducación no solo al paciente sino a la familia y comunidad involucrada.

### 6.1. EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos medios y bajos, respectivamente; reconociendo además que el déficit de tratamiento de los trastornos mentales es elevado en el mundo entero, y que en los países de ingresos bajos y medios entre el 76% y el 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento alguno para esas afecciones<sup>1</sup>.

Los trastornos mentales, sociales y del comportamiento son un componente importante de los problemas de salud del mundo, no sólo por su alta prevalencia de vida (20-25% de la población), sino por el importante impacto en el funcionamiento de la persona y su repercusión en aspectos socioeconómicos, especialmente laborales<sup>2</sup>. Las investigaciones epidemiológicas en muchos países en vías de desarrollo han atribuido las elevadas tasas de trastornos mentales comunes a factores como la discriminación, el desempleo y la vida en un período de cambio social rápido e impredecible<sup>3</sup>.

El progreso en cuanto a la importancia de la salud mental ha sido particularmente visible en los países que han implementado políticas con fuerte apoyo político (Brasil, Chile y Belice, entre otros). Sin embargo, los recursos disponibles son todavía insuficientes y distribuidos de manera desigual, la implementación de las reformas no están completas en la mayoría de los países y existen altos niveles de necesidades insatisfechas. Los países enfrentan nuevos desafíos relacionados con los crecientes problemas psicosociales que afectan a los niños y adolescentes y el aumento de la violencia, que requieren nuevas respuestas de los servicios de salud mental<sup>4</sup>. Basado en evidencia epidemiológica, el 59% de las personas con depresión, el 63% de las personas con trastornos de ansiedad y el 37% de las personas con psicosis no afectivas no tienen acceso a ningún tipo de tratamiento de salud mental. Primaria o especializada<sup>5</sup>.

La pobreza esté asociada con la malnutrición, la falta de acceso a agua limpia, la vida en ambientes contaminados, la vivienda inadecuada, los accidentes frecuentes y otros



*Amir... [Handwritten signature]*

factores de riesgo asociados con una mala salud física, siendo esta una comorbilidad que empeora el pronóstico y evolución de las enfermedades mentales, sobretodo cuadros neuróticos, y ambas a su vez cierran el círculo exacerbando la pobreza de esa población<sup>6</sup>. El estudio de Kessler de 1995 señalaba que la prevalencia de TEPT se encontraba en el 7.8% de la población (1 de cada 12 personas), asociada a violencia interpersonal, bajo nivel educativo<sup>7</sup> y la comorbilidad con otras patologías psiquiátricas<sup>8</sup>.

En relación a los eventos traumáticos durante la vida el estudio de Zlotnick del 2006 en la población Chilena encontró una fuerte correlación entre los casos de TEPT y comorbilidad con otras patologías mentales a lo largo de la vida, presentándose hasta en un 90.4% de los varones con TEPT y en un 71.4% en mujeres. Encontrando que el 39.7% de su población es expuesta a eventos traumáticos a lo largo de su vida<sup>9</sup>.

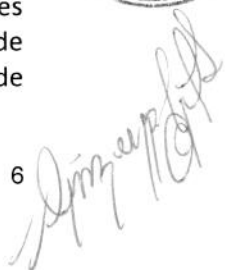
Se tiene que considerar que en los centros urbanos brasileños las tasas de homicidios aumentaron continuamente hasta el 2003, siendo este el índice para valorar los niveles generales de violencia, llegando los homicidios a representar el 36% de todas las muertes por causas externas en 2007. A pesar de estas cifras, no existen estimaciones sobre la prevalencia de la violencia no fatal. Encontrándose que en el estudio de Ribeiro del 2013 realizado en Sao Paulo y Rio de Janeiro se encontró que un 86% y 88.7% respectivamente de su población había experimentado algún evento traumático durante su vida (según CID), y que la prevalencia de trastornos mentales se presentaba en un 32.5% y 31.2% respectivamente, teniendo una estrecha relación la presencia la violencia y la presencia de trastornos mentales<sup>10</sup>.

México en el estudio del 2003 Medina-Mora et al. Resalta al presentar el 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE-10 alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Llegando en determinadas zonas como la región Centro-Oeste a una prevalencia más elevada de trastornos en la vida (36.7%) explicada por el elevado índice de trastornos por uso de sustancias. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%)<sup>11</sup>.

Un total de 32,1% de la población tenía antecedentes, en algún momento de la vida, de cualquier enfermedad mental; 19,1%, de trastornos por abuso de sustancias; 13,2%, de trastornos afectivos y 11%, de trastornos de ansiedad (entre ellos la somatización). Lamentablemente, el tamaño pequeño de la muestra no permitió examinar los posibles factores de riesgo<sup>12</sup>.

Debe resaltarse que en un estudio realizado en el año 2004 por INSM en la región de Ayacucho encontró un 56% de prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico y un 24,5% de trastornos depresivos para la población que había sufrido la desaparición o fallecimiento de un familiar a causa de la violencia política<sup>13</sup>.

Pero en 2012 en un recuento más amplio, abarcando todas las regiones del Perú aunque solo la zona urbana se encontró que la prevalencia de vida de un trastorno psiquiátrico fue 29% (error estándar, EE, 1.2), y la prevalencia de al menos dos y tres trastornos fue 10.5% (EE, 0.7) y 4% (EE, 0.4), respectivamente. Los trastornos de ansiedad fueron más frecuentes, con una prevalencia de 14.9% (EE, 0.9), seguido de





los trastornos del humor (8.2%; EE, 0.5). Los trastornos de control de impulsos y por uso de sustancias tuvieron una prevalencia de 8.1% (EE, 0.8) y 5.8% (EE, 0.3), respectivamente. Concluyendo que casi un tercio de la población urbana en el Perú sufre de alguna enfermedad psiquiátrica, y casi 1 de cada 10 personas presentan dos o más trastornos psiquiátricos a lo largo de su vida<sup>14</sup>.

## 6.2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Para la comprensión de los trastornos de ansiedad, es importante diferenciar la ansiedad normal y aquella de carácter patológico, pues la primera hace referencia a un impulso orgánico, como el hambre, el dolor o la necesidad de dormir, que en circunstancias contextualmente adecuadas cumple una función de primer orden para la subsistencia. Además, la ansiedad resulta deseable en situaciones en que se plantea un reto o alguna dificultad, permitiendo la preparación para los exámenes, la resolución de acontecimientos y la defensa ante situaciones potencialmente peligrosas.

Sin embargo, el componente adaptativo de la ansiedad se ve afectado en los casos en que se ve desproporcionada su sensación de acuerdo al entorno, es decir, cuando no hay peligros potenciales, cuando la durabilidad es más prolongada y el grado de intensidad se hace mucho mayor. Por este motivo, el trastorno de ansiedad hace referencia a un grupo de trastornos que por sí mismos, o como respuestas a otras enfermedades o problemas, provocan una serie de sufrimientos y alteraciones en los pacientes; como por ejemplo las personas preocupadas continuamente por el futuro, cavilosas y agobiadas, centradas en sí mismas, las de sentimientos siempre agitados, que van desde la impaciencia a la irritabilidad, el insomnio o la pérdida de concentración. Además, se incluyen a aquellas personas que limitan sus actuaciones por miedo a la aparición de mareos inexistentes o evitando determinadas situaciones de la vida diaria. Todas estas personas sufren fobias, temores irracionales y que no sólo dificultan su día a día sino que suponen un peso específico familiar, social y laboral.

Además, hay que diferenciar la ansiedad del miedo, pues son términos utilizados en ocasiones indistintamente por la proximidad entre las emociones y las reacciones provocadas suelen ser similares, como sudores, temblor, estremecimiento, taquicardia, etc.; además, la experiencia subjetiva entre ambos es difícil de diferenciar de manera tajante. Para poder establecer una distinción es importante reconocer si la sensación se ve asociada por un objeto identificable y determinado; si este aspecto es detectable se estaría hablando del miedo, pues la ansiedad se presenta de manera indefinida, carece de un objeto en concreto.

Por otro lado, es importante diferenciar la ansiedad de otro término que se utiliza de manera indistinta, el cual es la angustia. Frente a las reacciones instintuales respecto a las situaciones de peligro, se tienen dos reacciones de defensa: el sobresalto y el sobrecogimiento. Mientras en la ansiedad hay sobresalto, en la angustia predomina el sobrecogimiento, la tendencia a la inmovilización y a la pasividad mientras dura la crisis. Otra diferencia entre estos términos puede verse en entender la ansiedad en el terreno de lo psíquico, mientras que la angustia estaría más en el terreno de lo físico.





Por último, para comprender la función de la ansiedad a partir de su diferenciación con otras terminologías, se encuentra la diferencia entre ésta con el estrés, ya que situaciones de estrés nos llevan a sentir ansiedad. Sin embargo, la ansiedad es una emoción, mientras que el estrés se produce siempre en una situación que conlleva una adaptación por lo que no se trata meramente de una emoción. Así el estrés tiene un estímulo de carácter más concreto que aquel de la ansiedad, a pesar de que en ambas situaciones el organismo presenta una activación más de lo que puede asimilar su capacidad de adaptación, en el caso del estrés, y perdura por más tiempo, en el caso de la ansiedad.

Ahora, haciendo mención a los trastornos de ansiedad, estos son diversos cuadros psicopatológicos, cuya principal característica es la presencia de molestias relacionadas y/o similares al miedo, tales como intranquilidad, desesperación, temor, preocupaciones excesivas y ansiedad; o una combinación entre ellos. Así que la ansiedad hace referencia a una anticipación ante un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagrado) y/o de síntomas somáticos de tensión, que resultan de manera desproporcionada a la ansiedad normal y provocan un malestar significativo que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y relacional.

### 6.3. SUCESOS POTENCIALMENTE TRAUMÁTICOS

Algunos sucesos son potencialmente más traumáticos que otros. Incluyen experiencias intensas, repentinas, incontrolables, impredecibles y extremadamente negativas. Las experiencias interpersonales violentas y que implican daño físico o amenaza para la vida tienen más probabilidades de ser traumáticas que otro tipo de sucesos altamente estresantes tales como los desastres naturales (APA, 1994). Los sucesos que no son literalmente amenazantes para la vida, pero que incluyen la pérdida de una figura de apego y el abuso de confianza por parte de una persona objeto de un apego importante también aumentan significativamente el riesgo de traumatización. El maltrato infantil suele incluir todos estos factores eventuales.

En el caso de los niños, la violencia suele venir acompañada de la falta de cariño (desamparo). Pero este desdén también puede tener lugar en las relaciones adultas. El abandono emocional es una forma de traumatización en la que existe una ausencia de cuidados esenciales físicos o emocionales, de tranquilización y de experiencias fortalecedoras por parte de otras personas importantes. En el caso de los niños estas experiencias son evolutivamente indispensables, y en el caso de los adultos pueden ser necesarias en determinadas circunstancias, tales como las secuelas de acontecimientos potencialmente traumatizantes.

La exposición repetida a estresores de primer orden a lo largo del tiempo, tales como el maltrato infantil, parece ejercer los efectos más perniciosos sobre las víctimas traumatizadas. El trauma crónico incrementa el riesgo de desarrollar trastornos de origen traumático y síntomas más graves y de mayor alcance, incluido el consumo de drogas y el intento de suicidio. Dichos síntomas incluyen ya no únicamente síntomas mentales, sino también físicos, porque el desarrollo cerebral y el funcionamiento neuroendocrino resultan perjudicados. El trauma crónico es un factor de primer orden en el desarrollo de modalidades más complejas de disociación estructural.



La falta de apoyo social constituye un factor de riesgo de primer orden para el desarrollo de trastornos de origen traumático. Esto puede ser especialmente cierto en el caso de los niños, porque dependen por completo de los adultos para que les ayuden a integrar experiencias difíciles. Consuelo, apoyo y cariño son esenciales para el mantenimiento y la mejora de la eficiencia mental de la persona, en parte porque tienen importantes efectos calmantes a nivel fisiológico, además de efectos favorables sobre el sistema inmunológico. Un gesto de apoyo es un reductor de estrés de primer orden y puede ayudar a modular las reacciones emocionales intensas.

#### 6.4. DISOCIACIÓN:

La disociación como división de la personalidad aparece reflejada en la definición original que hace Janet (1907) de la histeria entendida como **"una forma de depresión mental [es decir, capacidad integradora reducida] que se caracteriza por una retracción del campo de la conciencia y por una tendencia hacia la disociación y emancipación del sistema de ideas y funciones que constituyen la personalidad**). Janet (1889) observó que estos **"sistemas de ideas y funciones"** disociativos implicaban conductas, cogniciones, afectos, aspectos sensoriomotores y recuerdos particulares y que experimentaban su propio sentido, aunque rudimentario, del yo. Nosotros sugerimos que estos **"sistemas de ideas y funciones implican de manera característica la existencia de sistemas o subsistemas de acción disociados como parte constituyente de la personalidad**.

#### 6.5. SISTEMAS DE ACCIÓN

La conducta humana se rige en un grado importante por los sistemas psicobiológicos desarrollados en la evolución. Estos sistemas psicobiológicos innatos estructuran en gran medida la personalidad y regulan las funciones principales en términos de atención, emoción, (neuro) fisiología, sobre todo, en términos de la conducta<sup>15</sup>. El propósito de éstos es el de dirigir las acciones adaptativas mentales y conductuales a través de un amplio abanico de situaciones vitales, razón por la cual los denominamos **sistemas de acción**.

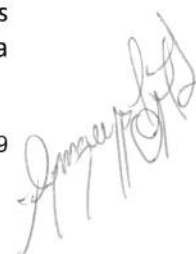
Los sistemas de acción se van adquiriendo en el transcurso del desarrollo y precisan de la maduración y de experiencias suficientemente buenas que permitan alcanzar el máximo de su funcionamiento. Algunos sistemas de acción actúan como mediadores de actividades mentales y conductuales relacionadas con la vida cotidiana, como son:

##### 6.5.1. SISTEMAS DE ACCIÓN DE LA VIDA DIARIA:

Entre ellos encontramos el sistema de **exploración** del entorno (incluidos trabajo y estudio), **juegos, manejo de la energía** (dormir y comer), **apego, sociabilidad, reproducción y crianza**<sup>16</sup>.

##### 6.5.2. SISTEMAS DE ACCIÓN DEFENSIVOS:

Estos sistemas están orientados hacia las acciones defensivas en respuesta a la amenaza de la integridad física (por otra persona), al rechazo social y a la pérdida de vínculos afectivos, son compartido por el hombre con muchas especies de animales, está compuesto por diversos subsistemas: **hipervigilancia, congelación, huida, lucha, sumisión total**<sup>17</sup>, junto con algunas formas de **sumisión social**. La supervivencia al ataque se sigue de la





**recuperación**, que se caracteriza por el descanso y aislamiento, cuidado de las heridas y el retorno gradual a las actividades diarias. En condiciones ideales, tanto la integración como la diferenciación se desarrollan entre los sistemas de acción y entre las tendencias de acción existentes dentro de cada sistema de acción. En el caso de la disociación estructural de la personalidad relacionada con el trauma, sin embargo, la coordinación y cohesión de los sistemas de acción parecen estar desorganizadas de forma tal que las acciones del sujeto superviviente no se adaptan bien a las circunstancias imperantes<sup>16</sup>.

## 6.6. SISTEMAS DE ACCIÓN Y TRAUMA

Las actividades de la vida normal son generalmente incompatibles con aquellas de la defensa inmediata; lo mismo vale en sentido contrario. Los sistemas de acción de la vida diaria tienden así a estar inhibidos durante la amenaza. Para crear una personalidad cohesionada, que incluya un sentido continuo de la propia identidad debe, sin embargo, existir además, alguna integración entre la defensa y los demás sistemas de acción.

La hipótesis que planteamos consiste en que los sistemas de acción defensivos y de la vida cotidiana serán los que, en un contexto de estrés extremo que reduce la capacidad integradora, fallarán primero y de manera más rápida. El fracaso integrador se manifiesta básicamente en las alternaciones prototípicas (instintivas) que se producen entre el funcionamiento en la vida diaria que se acompañan de **evitación/embotamiento** (sistema de acción de la vida diaria) y la **reexperimentación** (sistema de acción de defensa). Planteamos igualmente la hipótesis de que los supervivientes pueden desarrollar fobias a la reexperimentación si no logran integrar aquellos recuerdos intrusos e intensos relacionados con el trauma. Esta fobia mantiene en marcha la disociación que existe entre los sistemas de acción de la vida diaria y los de defensa.

## 6.7. DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL:

El patrón básico de la respuesta del estrés post-traumático puede ser descrito como una alternación entre una parte disociada única de la personalidad mediada por sistemas de acción de la vida diaria y una segunda parte (bastante limitada y rudimentaria) mediada por la defensa. Cuando la parte disociada principal de los sujetos traumatizados es desvinculada del trauma y mediada por sistemas de acción de la vida diaria, el sujeto puede dar la impresión de estar bastante tranquilo y de ser capaz de llevar una vida (relativamente) normal. La normalidad es, sin embargo, solamente una apariencia por cuanto esta parte de la personalidad evita, física y mentalmente, todos los indicios que se relacionan con el trauma, incluido su mundo intrapsíquico, lo que da lugar a que éste "viva la vida en la superficie de la conciencia". Las partes fijadas a sistemas de acción de defensas tienden a imponerse o a hacerse dominantes cuando el sujeto se ve enfrentado a señales de una amenaza importante. Cuando nos referimos a las alternaciones inducidas por el trauma hablamos de *Parte Aparentemente Normal de la personalidad* (PAN) para referirnos al funcionamiento de la persona traumatizada mediado en gran proporción por sistemas de acción de la vida diaria. De igual forma, hablamos de la *Parte Emocional de la personalidad*, (PE) adoptada de una descripción hecha por Myers en la que se habla de cómo las emociones vehementes se hacen dominantes cuando se reexperimenta el trauma.



La PE está mediada en gran proporción por sistemas de acción de defensa y por modos particulares de vínculos afectivos que reducen la sensación de amenaza. La PAN y la PE se alternan entre sí o se activan paralelamente.

La PAN y la PE son indebidamente rígidas y cerradas la una respecto de la otra, porque están constreñidas en cierta medida por los sistemas específicos de acción por los que están mediatizadas y por el nivel de tendencias de acción al que pueden acceder. Es decir, las víctimas traumatizadas en calidad de PAN y PE manifiestan sus propias pautas relativamente inflexibles de tendencias de acción, algunas de las cuales cuanto menos serían desadaptativas<sup>18</sup>.

#### 6.8. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS (ESTUDIOS ACE):

El ACE score según sus siglas en inglés o Escala de eventos adversos en el niñez se utiliza para evaluar la exposición o no a abuso y trauma antes de los 18 años evaluando 10 categorías de violencia o negligencia.

En diversos estudios se ha observado que mientras mayor sea el score ACE mayor será el riesgo de una pobre salud mental o psicológica en la persona, y la posterior consecuencia negativa en los aspectos sociales, laborales y personales de la persona<sup>19</sup>.

### VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

#### 7.1. CUADRO CLÍNICO:

##### 7.1.1. ALTERACIONES PERITRAUMÁTICAS DE LA CONCIENCIA

Durante las experiencias traumáticas, las alteraciones involuntarias y graves de la conciencia suelen estar presentes hasta cierto punto. Estos fenómenos pueden estar relacionados con la disociación estructural de alguna forma, pero también pueden aparecer al margen de la disociación.

La hipervigilancia y la hiperactivación fisiológica durante la experiencia traumática pueden agotar a la persona y manifestarse a través de un descenso significativo en el nivel de conciencia de las víctimas traumatizadas durante el suceso o inmediatamente después del mismo. Este fenómeno se observó frecuentemente en los veteranos combatientes con "neurosis de guerra" durante la Primera Guerra Mundial. Myers, por ejemplo, señala que inmediatamente después del suceso traumático se produce "una cierta pérdida de la conciencia. Pero ello puede ir de un desvanecimiento u "obnubilación" ligera, momentánea y casi imperceptible, a la inconsciencia profunda y duradera".

De forma similar a las descripciones de los soldados combatientes durante la Primera Guerra Mundial que quedaron traumatizados, las víctimas de malos tratos crónicos durante la niñez refieren generalmente un grave descenso de la conciencia inmediatamente después de los episodios de abusos siendo niños.



Suelen referir a menudo experiencias tales como esconderse dentro de un ropero o algún otro "lugar seguro", meterse en la cama y taparse con las sábanas hasta más allá de la cabeza, "acordonarse" (*zoning out*), sentirse "incapaz de pensar", incapaz de concentrarse, perderse "dentro de la cabeza", "adentrarse en la oscuridad", "bloquear el acceso en relación con el propio cuerpo", y quedarse absorto o abstraído [(*pacey*)]<sup>20</sup>.

### 7.1.2. SÍNTOMAS DE DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL

Los síntomas disociativos positivos y negativos han sido claramente reconocidos a lo largo de toda la historia de la psiquiatría y la psicología, hasta unas pocas décadas atrás, en que comenzaron a reconocerse menos e incluso llegaron a olvidarse<sup>21</sup>.

Janet señala que los síntomas *negativos* son más persistentes y permanentes en el tiempo. En nuestro lenguaje, esta observación sería desde la perspectiva de la parte aparentemente normal de la personalidad (PAN), que es la que ejerce el control ejecutivo la mayor parte del tiempo.

Los síntomas *positivos* tienden a ir y venir junto con la irrupción en la PAN de la parte emocional de la personalidad (PE). Pero en los casos más complejos de disociación estructural las PEs también pueden invadirse mutuamente, y en algunos casos de TDI una PAN también puede irrumpir en otra PAN. Así pues, los síntomas positivos pueden describirse en términos generales como fenómenos mentales y físicos o conductuales que invaden o irrumpen en una o más partes de la personalidad, y que representan rasgos o características o de una o más de otras partes de la personalidad. Los síntomas positivos pueden incluir recuerdos accesibles a dichas partes de la personalidad, sus "voces", intenciones, percepciones, emociones, cogniciones o conductas.

Si bien los síntomas disociativos pueden considerarse positivos o negativos, también se pueden considerar como síntomas que se manifiestan mentalmente (i.e., *síntomas disociativos psicomorfos*) y bajo la forma de fenómenos que se manifiestan a nivel corporal<sup>22</sup>.

La disociación psicomorfa y la disociación somatomorfa son fenómenos altamente correlacionados. Tanto los síntomas disociativos psicomorfos como los somatomorfos constituyen manifestaciones de una disociación estructural, dado que una de las partes de la personalidad puede experimentar los síntomas, mientras que otras partes no. Por tales motivos dividimos la sintomatología en<sup>23</sup>:

- Síntomas Psicomorfos Negativos.
- Síntomas Somatomorfos Negativos.
- Síntomas Psicomorfos Positivos.
- Síntomas Somatomorfos Positivos.



## A. SÍNTOMAS PSICOMORFOS NEGATIVOS

La categoría de síntomas disociativos psicomorfos negativos incluye: pérdida de memoria (amnesia), pérdida del afecto (insensibilidad), pérdida de la función crítica y dificultad en pensar detenidamente, pérdida de las necesidades, deseos y fantasías, y pérdida de las habilidades mentales previamente existentes.

- **Amnesia Disociativa:** la información debe ser accesible a una parte de la personalidad, pero no a otra. Cierta evidencia sugiere que la amnesia disociativa es particularmente característica de las víctimas de maltrato y abandono emocional infantil crónico, tal vez incluso más en el caso de los pacientes que fueron maltratados por familiares y cuidadores muy cercanos. Constituye un síntoma de primer orden en los niños y los adultos con un TDI, pero también puede caracterizar a los pacientes con un TDNE [trastorno disociativo no especificado, disociación estructural secundaria], TEPT complejo y TEPT "simple". Algunas personas presentan una amnesia disociativa instantánea después de sus experiencias traumáticas: en unas aparece después de un breve lapso y en otras el síntoma puede crecer y decrecer, tal vez debido a la alternancia entre las partes amnésicas y no amnésicas de la personalidad.

Los pacientes con amnesia disociativa pueden no ser conscientes de su amnesia, lo que se conoce como "amnesia respecto de la amnesia". Sólo al indagar detenidamente o recuperarse totalmente del trastorno pueden empezar a darse cuenta de hasta qué punto habían perdido la memoria.

La amnesia disociativa tiene diferentes grados. Por ejemplo, la persona puede ser incapaz de recordar determinadas partes de un recuerdo, o puede ser consciente de lo que pasó, pero no recordar el episodio con una sensación de pertenencia personal ("Sí pasó, pero no fue a mí"). Clasifica los distintos tipos de amnesia disociativa sobre la base de los trabajos de Janet. Dichas categorías incluyen la amnesia localizada, selectiva, generalizada, continua y sistematizada.

En la **amnesia localizada** la persona no recuerda hechos que sucedieron durante un período circunscrito de tiempo, habitualmente las primeras pocas horas después de un suceso profundamente perturbador (APA, 1994).

En la **amnesia selectiva**, la persona puede recordar algo pero no la totalidad de los hechos traumáticos sucedidos durante un período circunscrito de tiempo (APA, 1994). No es infrecuente que la víctima recuerde amplias secciones de los sucesos traumáticos, pero sea incapaz de recordar un núcleo patogénico o "punto candente".

La **amnesia sistematizada** es la pérdida de memoria respecto de determinadas categorías de información, tales como todos los recuerdos relacionados con la propia familia o con una persona en particular (APA, 1994).





En la **amnesia generalizada**, la incapacidad de recordar se extiende a la totalidad de la vida de la persona (APA, 1994). Esta es la versión más divulgada de la amnesia, en la que el sujeto no tiene la menor idea de quién es, de dónde viene, ni ninguna otra característica general de su vida. Este tipo de amnesia es raro.

La **amnesia continua** (según DSM-IV) como la incapacidad de recordar todos los hechos posteriores a un período específico abarcando hasta el presente. Esta es una modalidad extremadamente rara de amnesia disociativa que podría estar relacionada con sucesos que desbordaron al individuo (Janet, 1893).

- **Pérdida de la Función Crítica:** El pensamiento crítico requiere el reconocimiento de detalles y matices, habilidad ésta que suele estar dañada en las víctimas de experiencias traumáticas. Las víctimas traumatizadas tienden a tener reacciones y pensamientos más globales que las personas que no han sido objeto de abusos. Dichas tendencias se pueden encontrar en una o más partes disociativas de la personalidad. Unas partes disociativas tienen dificultad en pensar racionalmente, de forma lógica y con claridad. Otras pueden tener excelentes facultades críticas en relación con determinadas cuestiones tales como el trabajo, pero son incapaces de aplicar la misma lógica y la misma racionalidad a la hora de abordar otras partes de su personalidad o bien una determinada conducta en particular como, por ejemplo, las autolesiones.
- **Pérdida de habilidades mentales:** Los daños cognitivos en los niños traumatizados y los adultos traumatizados han sido convenientemente detallados, e incluyen problemas de memoria, concentración, atención, planificación y discernimiento. Daños cognitivos manifiestos pueden aparecer hasta en un tercio de los individuos crónicamente traumatizados. Si bien estas pérdidas pueden estar eventualmente relacionadas con algún daño cerebral en el caso de los trastornos de origen traumático, generalmente suelen ser independientes del funcionamiento intelectual.

Las marcadas fluctuaciones en los conocimientos y las habilidades que aparecen en muchos de los niños (Putnam, 1997) y los adultos traumatizados, y su dificultad en aprender de la experiencia, suelen estar relacionadas con las oscilaciones o alternancias entre las partes disociativas de la personalidad que ostentan el control ejecutivo. Por ejemplo, muchas PANs, pero no PEs, manifiestan un cierto grado de despersonalización. Este síntoma se asocia con problemas de atención.

- **Pérdida del afecto:** Se caracteriza por embotamiento o aplanamiento afectivo. La desregulación afectiva puede deberse a la oscilación entre las partes de la personalidad que vivencian distintos afectos que no están integrados mutuamente y que en razón de ello permanecen faltos de modulación. La disminución del afecto en los sujetos traumatizados es prominente, y con frecuencia es posible retrotraerla a la disociación estructural. Existe un cierto grado de entumecimiento emocional en el presente que de manifiesta durante la PAN. También puede haber una marcada ausencia de emoción



(*embotamiento afectivo*) respecto de la experiencia traumática como por ejemplo en la sumisión total.

- **Perdidas de necesidades, deseos y fantasías:** Para estar entumecidos y despegados, las víctimas traumatizadas en calidad de PAN suelen haber disociado ya no sólo las emociones dolorosas, sino también las necesidades dolorosas tales como el apego, o los deseos tales como la añoranza de unos padres buenos. Muchas de las personas traumatizadas sienten una ambivalencia enorme respecto del apego y de la dependencia. Estas necesidades suelen estar reservadas a las PEs infantiles, lo que les permite a las víctimas en calidad de PAN creer que no albergan el menor *deseo de ser dependientes*.

## B. SÍNTOMAS PSICOMORFOS NEGATIVOS

Los síntomas disociativos somatomorfos negativos aparecen en los sujetos en calidad de PAN, pero también se pueden ver en PEs fijadas a la paralización o la sumisión total. Incluyen los síntomas de pérdida de funciones motrices, tales como las habilidades motrices, y de sensaciones que normalmente deberían estar presentes o ser accesibles.

- **Pérdida de funciones motrices:** La pérdida transitoria o más permanente del control motriz incluye la parálisis parcial o total de miembros o del cuerpo entero, contracturas, falta de coordinación física, cataplejia (pérdida repentina y general de la tensión muscular), y pérdida de la audición, el olfato, el gusto, la visión o el habla.

La pérdida de funciones y sensaciones motrices también tiene lugar en las víctimas en calidad de PE que han quedado fijadas a la paralización o la sumisión total. Con respecto a la paralización, los pacientes dicen ser incapaces de moverse al tiempo que continúan sintiéndose extremadamente asustados e hipervigilantes. Es preciso diferenciar este estado de *paralización* de la sumisión total, en la que los pacientes se encuentran en un estado de "derrumbe" [*shut-down*, quiebra] extremo, despegados del entorno, sin sentir nada emocionalmente ni físicamente, y carentes del menor impulso a moverse ni a pensar. En este estado, los músculos de las víctimas traumatizadas se vuelven flácidos y en ocasiones pueden adoptar transitoriamente posiciones fijas. El conjunto de síntomas disociativos somatomorfos que incluye *anestesia corporal, analgesia e inhibiciones motrices*, predijo extraordinariamente bien la presencia de trastornos Disociativos complejos, mejor que ninguna otra agrupación de síntomas Disociativos somatomorfos.

- **Pérdida de habilidades previas:** La pérdida de habilidades no sólo implica la ausencia de determinadas acciones mentales, sino también de acciones conductuales. Cuando la PE tiene el pleno control ejecutivo, las habilidades asociadas a la vida cotidiana propias de la PAN desaparecen con frecuencia. Así, las víctimas traumatizadas en calidad de PE suelen decir que no tienen la menor idea de cocinar, cuidar de los niños o cumplir con sus obligaciones laborales, y por regla general se sienten incapaces y desbordados por las tareas



de la vida cotidiana porque no tienen acceso a las habilidades necesarias durante períodos enteros de tiempo.

- **Pérdida de Sensaciones:** La pérdida o la disminución de las sensaciones es algo común en los individuos traumatizados. Pueden aparecer diversos grados de anestesia –una pérdida más o menos profunda de las sensaciones corporales incluido el sentido del tacto, la presión, la temperatura, el dolor (analgesia), el movimiento, la activación fisiológica incluida la excitación sexual [*sexual arousal*], y demás signos físicos tales como el hambre o la fatiga. Estas pérdidas pueden inducir algunos síntomas de despersonalización, tales como vivenciar (partes de) el cuerpo como un objeto extraño. Otras manifestaciones de la pérdida de sensaciones incluyen la pérdida parcial o total de audición (sordera o hipoacusia bilateral o unilateral), visión (visión de túnel, amaurosis unilateral, bilateral, acromatopsia, discromatopsias), gusto (ageusia total o segmentaria, hipogeusia) y olfato (anosmia).

### C. SÍNTOMAS PSICOMORFOS POSITIVOS:

Los síntomas positivos incluyen los síntomas intrusivos propios del TEPT y otros trastornos relacionados con experiencias traumáticas. De forma característica, dichos síntomas representan intrusiones de la PE en la PAN, así como alternancias totales entre la PAN y la PE. Por ejemplo, cuando las víctimas en calidad de PE han quedado fijadas a un determinado recuerdo traumático en particular, esta parte puede irrumpir en la PAN. Las víctimas en calidad de PAN pueden entonces vivenciar los mismos recuerdos y emociones que la PE, pero sin comprender claramente qué son o de qué se trata.

- **Síntomas schneiderianos:** Las intrusiones mentales de una parte disociativa en otra parte suelen ser interpretadas por los clínicos como evidencia de muchos de los 11 síntomas schneiderianos de primer orden relacionados con la esquizofrenia. Dichos síntomas incluyen alucinaciones tales como voces discutiendo o haciendo comentarios, e imágenes de experiencias traumáticas; inserción del pensamiento y extracción [robo] del pensamiento; y pensamiento delirante. Otros de los síntomas schneiderianos suelen vivirse como egodistónicos y procedentes del interior, en lugar del exterior. Las voces disociativas pueden generalmente mantener una conversación con el terapeuta y con otras partes del paciente, mientras que las voces de la esquizofrenia o derivadas de cuadros orgánicos siguen una pauta bastante fija y repetitiva, y no son capaces de relacionarse.

En los casos relativamente simples de disociación estructural, puede que las voces se limiten exclusivamente a algo que ocurrió durante el suceso traumático (un bebé llorando, o la voz de un niño diciendo: "No me hagas más daño, por favor", o la voz de un agresor diciendo: "Si dices algo, te mato"). A medida que aumenta la complejidad de la disociación estructural y que diversas partes de la personalidad tienen más relaciones entre sí, la cualidad de las "voces" puede cambiar e incluir temas relacionados con el presente.

Una experiencia común en los pacientes disociativos es la sensación de que les han "metido" o "sacado" los pensamientos de la mente (*inserción del*



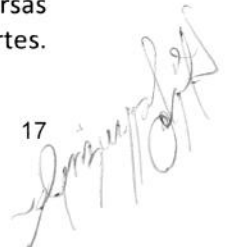


**pensamiento y extracción del pensamiento**). Por regla general, esta experiencia la vive la parte de la personalidad que ejerce el control ejecutivo en ese momento (la PAN), mientras que la inserción o la extracción es controlada por otra parte. El pensamiento delirante puede aparecer en los individuos disociativos, pero la mayoría de las veces la verdadera dificultad reside en otro tipo de cogniciones perturbadas [alteraciones o trastornos del pensamiento] relacionadas con la disociación.

- **Valoraciones cognitivas:** Las distintas partes disociativas pueden tener una visión del mundo, un sentido de la identidad y un sistema de creencias totalmente diferentes. Así, puede haber alternancias desconcertantes entre valoraciones cognitivas y percepciones de los demás, de las situaciones y de uno mismo enormemente discrepantes.
- **Fantasías y ensoñaciones diurnas:** La *propensión* a la fantasía implica una limitación de la función crítica, lo que se puede considerar como un síntoma disociativo negativo cuando atañe a una o más partes disociativas, pero no a otras. La presencia de fantasías puede eventualmente constituir un síntoma positivo. Por ejemplo, una PAN puede fantasear haber tenido una infancia feliz, aunque la realidad fue todo lo contrario.
- **Alteraciones en la relación con los demás:** Los síntomas disociativos pueden aparecer en las víctimas traumatizadas dentro del contexto de las relaciones con otras personas. Por ejemplo, en calidad de PAN una víctima puede sentirse cómoda con una persona cercana, tener un concepto elevado de ella y tratarla bien. Pero una PE puede sentirse muy amenazada por la confianza con esta misma persona y tratarla con suspicacia y hostilidad. Cuando tales PANs y PEs se invaden o se alternan mutuamente, las personas traumatizadas pueden manifestar un estilo de vinculación desorganizado.
- **Alteraciones afectivas:** Los cambios en el estado de ánimo y la desregulación afectiva son frecuentes en el TEPT complejo y los trastornos disociativos. Estas alteraciones pueden estar relacionadas con la disociación estructural. Por ejemplo, un afecto que generalmente no está presente en la víctima traumatizada en calidad de PAN puede irrumpir en la vida cotidiana de forma repentina e inesperada, procedente de una PE que revive las emociones violentas relacionadas con la traumatización. Alternancias de afectos claramente diferenciados (así como de los pensamientos, las sensaciones y la conducta asociados) pueden acompañar a las oscilaciones [los cambios o giros repentinos] entre las diversas partes disociativas de la personalidad porque cada una de ellas puede englobar afectos e impulsos diferentes. Además, las alternancias afectivas también pueden tener lugar dentro de una parte (o más partes) de la personalidad cuando esta parte tiene un ámbito limitado de tolerancia al estrés psicofisiológico.

#### D. SÍNTOMAS SOMATOMORFOS POSITIVOS:

Los síntomas disociativos somatomorfos positivos incluyen sensaciones específicas, otras percepciones, y acciones motrices o conductuales de diversas partes disociativas de la personalidad que no tienen lugar en otras partes.



Estos síntomas incluyen dolor; conductas intencionadas; movimientos repetitivos e incontrolados tales como tics, temblores y parálisis; y percepciones sensoriales (vista, tacto, oído, gusto y olfato) que pueden o no ser distorsionadas. La revictimización [la reiteración de las agresiones] constituye un síntoma disociativo positivo cuando las partes disociativas de la personalidad fijadas a la sumisión total se reactivan y asumen el control total de la conciencia y la conducta.

- **Síntomas schneiderianos:** Los síntomas disociativos somatomorfos positivos incluyen los síntomas schneiderianos de primer orden relacionados con la *pasividad somática*, tales como la sensación de que el cuerpo está siendo controlado por otra persona, y de que impulsos y acciones procedentes de otras partes irrumpen en una parte disociativa de la personalidad. La irrupción de recuerdos traumáticos suele tener un componente sensorial. Por ejemplo, los sujetos pueden tener la sensación de que una mano les rodea el cuello, de que tienen las manos atadas, o de que alguien se mueve furtivamente detrás de ellos. Algunas perturbaciones visuales incluyen un elemento de reviviscencia como, por ejemplo, ver el rostro del agresor superpuesto al rostro del terapeuta, y ver imágenes específicas de experiencias traumáticas. Otras alteraciones perceptivas también pueden ser síntomas disociativos somatomorfos positivos, incluidas las alucinaciones sensoriales relacionadas con experiencias traumáticas (el olor a alcohol o a semen).

TABLA N° 01  
CLASIFICACIÓN FENOMENOLÓGICA DE LOS SÍNTOMAS DISOCIATIVOS<sup>24</sup>

	SÍNTOMAS DISOCIATIVOS PSICOMORFOS	SÍNTOMAS DISOCIATIVOS SOMATOMORFOS
SÍNTOMAS DISOCIATIVOS NEGATIVOS	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pérdida de memoria: amnesia disociativa.</li><li>• Despersonalización incluyendo una división entre una parte vivencial y una parte observadora de la personalidad</li><li>• Pérdida del afecto: anestesia emocional.</li><li>• Pérdida de rasgos del carácter.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pérdida de sensaciones: anestesia (todas las modalidades sensoriales).</li><li>• Pérdida de la sensibilidad al dolor: analgesia.</li><li>• Pérdida de acciones motrices, pérdida de la capacidad de moverse (catalepsia), hablar, tragar, etc.</li></ul>



<p><b>SÍNTOMAS DISOCIATIVOS POSITIVOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas intrusivos psicomorfos (síntomas schneiderianos), oír voces; emociones, pensamientos e ideas "forzadas".</li> <li>• Aspectos psicomorfos de la reviviscencia de sucesos traumáticos, determinadas percepciones visuales y auditivas, afectos e ideas.</li> <li>• Aspectos psicomorfos de las oscilaciones entre las partes disociativas de la personalidad</li> <li>• Aspectos psicomorfos de una psicosis disociativa, i.e., un trastorno que incluye una activación relativamente prolongada de una parte disociativa psicótica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas intrusivos somatomorfos, sensaciones y movimientos corporales (tics) "forzados"</li> <li>• Pseudoataques epilépticos.</li> <li>• Aspectos somatomorfos de la reviviscencia de sucesos traumáticos, determinadas sensaciones y movimientos corporales relacionados con la experiencia traumática.</li> <li>• Aspectos somatomorfos de las oscilaciones entre las partes disociativas de la personalidad.</li> <li>• Aspectos somatomorfos de una psicosis disociativa.</li> </ul>
---	---	--

**Fuente:** Van Der Hart O, Nijenhuis E & Steele K. *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica. 2ª ed. España: Biblioteca de psicología; c2008. p.169*

## 7.2. DIAGNÓSTICOS

La ansiedad es una sensación o estado emocional normal ante determinadas situaciones que percibe como amenazante y que contribuye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes.

La ansiedad normal (adaptativa) en la medida que da paso a conductas de seguridad, resolutorias y de adaptación. Pero la ansiedad patológica tiene una presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada; superando la capacidad adaptativa de la persona exagerando un evidente grado de discapacidad.

**TABLA N° 02**  
**DIFERENCIAS ENTRE ANSIEDAD NORMAL Y PATOLÓGICA<sup>25</sup>**

	ANSIEDAD NORMAL	ANSIEDAD PATOLÓGICA
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>	Episodios poco frecuentes. Intensidad leve o media. Duración limitada.	Episodios repetidos. Intensidad alta. Duración prolongada.
<b>SITUACIÓN O ESTÍMULO ESTRESANTE</b>	Reacción esperable y común.	Reacción desproporcionada.
<b>GRADO DE SUFRIMIENTO</b>	Limitado y transitorio	Alto y duradero.
<b>GRADO DE INTERFERENCIA EN LA VIDA COTIDIANA</b>	Ausente o ligero	Profundo

**Fuente:** *Guía de Práctica Clínica Diagnósticos y Tratamientos de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México. 2010*




Se debe resaltar que las manifestaciones ansiosas y psicotraumáticas se presentan como manifestaciones psíquicas y somáticas, las cuales se presentan de forma somera en el siguiente cuadro:

**TABLA N° 03**  
**SÍNTOMAS FÍSICO Y SÍNTOMAS PSICOLÓGICO-CONDUCTUALES DE LA ANSIEDAD<sup>26</sup>**

SÍNTOMAS FÍSICOS	SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES
<b>Vegetativos:</b> sudoración, sequedad de boca, mareos, inestabilidad	Preocupación, aprensión
<b>Neuromusculares:</b> temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.	Sensación de agobio
<b>Cardiovasculares:</b> palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
<b>Respiratorios:</b> disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
<b>Digestivos:</b> náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
<b>Genitourinarios:</b> micción frecuente, problemas en la esfera sexual	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor obsesiones o compulsiones

**FUENTE:** *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid. 2008*

Los diagnósticos implicados dentro de esta guía se encuentran enmarcados en los Criterios del CIE-10 y actualizados algunos con los criterios de CIE-11 en relación a su mayor facilidad y claridad en la definición de los mismos en relación a la versión anterior. (ANEXO N°01)

### 7.3. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES:

Los Trastornos de Ansiedad deben diferenciarse:

**Del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica** en la que los síntomas se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente (por ejemplo feocromocitoma, hipertiroidismo). Y del

**trastorno de ansiedad inducido por sustancias** se diferencia por el hecho de que la sustancia (por ejemplo drogas, fármacos, tóxicos) se considera etimológicamente relacionada con los síntomas de Ansiedad.



**TABLA N° 04  
DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES**

<b>DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES</b>	
<b>CUADROS MÉDICOS</b>	<b>ANSIEDAD INDUCIDA POR SUSTANCIAS</b>
<b>Enfermedades endocrinas y metabólicas</b>	<b>Intoxicación por:</b>
Trastornos hipofisarios Trastornos tiroideos Trastornos suprarrenales Feocromocitoma Insulinoma Hiponatremia Deficiencias vitamínicas	Cafeína Alcohol Anfetaminas Cocaína Fenciclidina (PCP) Inhalantes Alucinogenos
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>	<b>Supresión de:</b>
Insuficiencia cardiaca congestiva Prolapso de válvula mitral Arritmias Miocardiopatías	Alcohol Opiáceos Cocaína Sedantes Hipnóticos Ansiolíticos
<b>Enfermedades respiratorias</b>	<b>Fármacos:</b>
Asma Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Neumonía Hipoxia Síndrome de hiperventilación Embolismo pulmonar	Analgésicos/Antiinflamatorios Anestésicos Anticonceptivos orales Antidepresivos Antiepilépticos Antihipertensivos Antihistamínicos Antiparkinsonianos Broncodilatadores Corticoides Hormonas tiroideas Insulina Litio Simpaticomiméticos
<b>Enfermedades inflamatorias</b>	
Lupus eritematoso sistémico Artritis reumatoide Arteritis temporal	
<b>Trastornos neurológicos</b>	
Tumores cerebrales Traumatismo craneal Cefaleas Encefalitis Esclerosis múltiple Enfermedad de Huntington Epilepsia Demencia Encefalopatías Acatisia	
<b>Otras enfermedades</b>	<b>Otros</b>
Neoplasias Infecciones crónicas Porfiria Uremia Anemia Enfermedad vestibular Enfermedades digestivas	Metales pesados Insecticidas organofosforados Monóxido de carbono Dióxido de carbono Sustancias volátiles como pintura o gasolina

**7.4. ESCALAS DE VALORACIÓN Y SCREENING:**



#### 7.4.1. ESCALA ACE<sup>19</sup> (ANEXO N° 02)

El puntaje de ACE puede variar de "0", lo que significa que no hay exposición a las diez categorías de abuso infantil y trauma investigado por el estudio, a "10", lo que significa exposición a las diez categorías. El estudio encontró que cuanto mayor es la puntuación de ACE, mayor es el riesgo de experimentar una salud física y mental deficiente y consecuencias sociales negativas más adelante en la vida.

Hay 10 tipos de trauma infantil medidos en el Estudio ACE. Cinco son personales: abuso físico, abuso verbal, abuso sexual, negligencia física y negligencia emocional. Cinco están relacionados con otros miembros de la familia: un padre que es alcohólico, una madre víctima de violencia doméstica, un miembro de la familia en la cárcel, un familiar diagnosticado con una enfermedad mental y la desaparición de un padre por divorcio, muerte o abandono. Cada tipo de trauma cuenta como uno. Entonces, una persona que ha sido abusada físicamente, con un padre alcohólico y una madre que fue golpeada tiene una puntuación ACE de tres.

El Estudio ACE incluyó solo esos 10 traumas infantiles porque los mencionó como los más comunes un grupo de aproximadamente 300 miembros de Kaiser; esos traumas también fueron bien estudiados individualmente en la literatura de investigación.

Lo más importante que debe recordar es que el puntaje de ACE se entiende como una guía: si usted experimentó otros tipos de estrés tóxico durante meses o años, entonces es probable que aumente el riesgo de consecuencias para la salud.

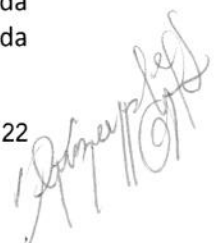
#### 7.4.2. SCREENING DE NEUROSIS<sup>27</sup> (ANEXO N° 02)

El Screening canadiense para detectar manifestaciones neuróticas muestra gran utilidad y practicidad para el personal de salud, aminorando el tiempo en el cual se invierte una entrevista amplia, centrándose en preguntas cortas y precisas para su detección y posterior ampliación.

#### 7.4.3. ESCALA HAMILTON – ANSIEDAD<sup>28</sup> (ANEXO N° 03)

Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada



caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo<sup>29</sup>.

#### 7.4.4. ESCALA PCL-C/SR<sup>30</sup> (ANEXO N° 04)

La Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático (Post-traumatic Stress Disorder Checklist, PCL) es una escala de valoración para el PTSD suministrada por el propio paciente que comprende 17 elementos correspondientes a los síntomas clave del PTSD. Existen dos versiones de la PCL: 1) La PCL-M es específica para el Trastorno por Estrés Postraumático (Post-traumatic Stress Disorder, PTSD) ocasionado por experiencias en el ejército y 2) La PCL-C generalmente es aplicable a cualquier acontecimiento traumático. La PCL puede ser modificada fácilmente para ajustarse a límites de tiempo o a acontecimientos específicos. Por ejemplo, en lugar de preguntar sobre "el mes pasado", las preguntas pueden referirse a "la semana pasada" o ser modificadas para enfocarse en acontecimientos específicos para un despliegue.

### 7.5. MANEJO INICIAL Y ABORDAJE SOCIAL

#### 7.5.1. MEDIDAS GENERALES

El tratamiento, después del diagnóstico de alguna patología ansiosa, incluye un conjunto de intervenciones y actividades que se llevan a cabo por el personal de Salud Mental. Los componentes de este conjunto de intervenciones pueden subdividirse, pero teniendo en cuenta la importancia de la interdisciplinariedad y el trabajo en conjunto entre el equipo de trabajo de salud mental, las acciones y actividades se especifican en el siguiente plan.

El plan terapéutico se realiza con base a la severidad diagnóstica del trastorno de ansiedad, e incluye, al menos las siguientes pautas:

1. **Locación**
2. **Tratamiento psicosocial**
  - a. **Intervención psicoterapéutica**
  - b. **Psicoeducación**
  - c. **Redes de apoyo**
3. **Tratamiento farmacológico**



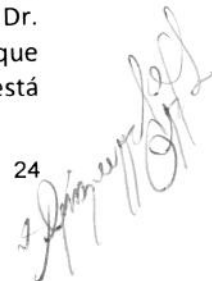


TABLA N° 05  
MEDIDAS GENERALES

	TRASTORNO LEVE	TRASTORNO MODERADO	TRASTORNO SEVERO
<b>LOCACIÓN</b>	Consulta Externa. Valorar internamiento médico y/o psiquiátrico en caso de comorbilidad.	Consulta Externa. Valorar internamiento médico y/o psiquiátrico en caso de comorbilidad	Hospitalización Psiquiátrica.
<b>TRATAMIENTO PSICOSOCIAL</b>	*el abordaje Psicoterapéutico se detallará con mayor precisión más adelante.		
<b>PSICOEDUCACIÓN</b>	Historia natural de la enfermedad. Aspectos básicos de la neurobiología de los trastornos ansiosos y psicotraumáticos. Detección oportuna de estresores. Por qué el uso de psicoterapia y/o psicofármaco. Evitar la estigmatización. Cultura del autocuidado. Favorecer apego y adherencia al plan terapéutico. Enseñar PAP Modelo "ABCDE".	Igual que la columna previa, más: Asesorar sobre el funcionamiento del paciente.	Necesidad de tratamiento intrahospitalario.
<b>ELABORACIÓN DE REDES DE APOYO (SOPORTE)</b>	Incluir a la familia y a las personas interesadas en el paciente.	Detectar síntomas sugerentes de autolesión. Favorecer el apoyo en actividades profesionales y cotidianas.	Manejo integral con inclusión de la familia en la toma de decisiones y explicar las necesidades del paciente.
<b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>	Reducción de sintomatología para apoyar el abordaje psicoterapéutico (considerarse en conjunto). Iniciar cuando: Existan datos de cronicidad. Solicitud del paciente.	Igual que la columna previa.	Debe ser determinado por el médico psiquiatra, con la finalidad de estabilizar al paciente y dar inicio al abordaje psicoterapéutico.

**7.5.2. ABORDAJE DE REACCIONES EMOCIONALES, COGNITIVAS, FÍSICAS E INTERPERSONALES COMUNES FRENTE A REACTIVACIÓN AGUDA DE LA SINTOMATOLOGÍA**

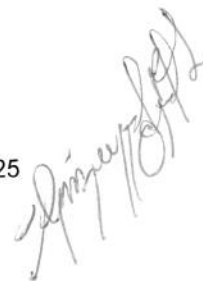
Durante las evaluaciones y el abordaje terapéutico el paciente puede presentar **Reacciones de Descompensación**, motivo por el cual se adaptaron los métodos de abordaje para eventos traumáticos estructurados por el Dr. Rodrigo Figueroa, el cual emplea Primeros Auxilios Psicológicos que corresponden a "una propuesta humana de apoyo a otro ser humano que está

sufriendo y puede necesitar ayuda". Las Reacciones emocionales (de descompensación) y sus trayectorias después de un trauma (reagudización), durante los primeros días o semanas después de una situación de descompensación generan que la mayoría de las personas presenten reacciones emocionales intensas y perturbadoras, como insomnio, labilidad emocional, irritabilidad, recuerdos intrusivos sobre el evento y/o aversión a claves que recuerden el trauma, entre otras. Se han descrito cuatro trayectorias de evolución:

- **Resiliente**, observada en personas que son capaces de continuar sus rutinas familiares, laborales y sociales con un mínimo nivel de perturbación (35-65%).
- **De recuperación**, en personas que luego de un período de fuerte perturbación inicial se recuperan al cabo de algunos meses (15-25%).
- **Retardada**, cuando luego de varios meses de mantener un funcionamiento relativamente normal la persona enferma (0-15%).
- **Crónica**, cuando rápidamente se produce un deterioro del funcionamiento y el paciente no se vuelve a recuperar (5-30%).

Adicionalmente y en el largo plazo, un grupo significativo de los afectados por experiencias traumáticas podría desarrollar "crecimiento postraumático", fenómeno caracterizado por cambios positivos en la relación con uno mismo, los demás y la filosofía de vida. Lamentablemente, hoy no es posible predecir durante los primeros días y semanas después de un trauma quiénes desarrollarán una u otra trayectoria, ni si desarrollarán crecimiento postraumático, por lo que el manejo del trauma será inespecífico en las primeras dos semanas y recién incorporará técnicas específicas a partir de la tercera.



**TABLA N° 06**  
**REACCIONES EMOCIONALES, COGNITIVAS, FÍSICAS E INTERPERSONALES COMUNES FRENTE A EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS RECIENTES**

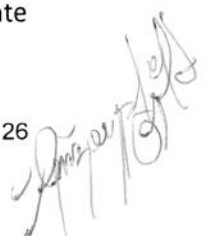
Reacciones emocionales	Reacciones cognitivas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de <i>shock</i></li> <li>• Terror</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Sentimiento de culpa (hacia sí mismo y hacia otros)</li> <li>• Rabia</li> <li>• Dolor o tristeza</li> <li>• Embotamiento emocional</li> <li>• Sentimientos de impotencia</li> <li>• Pérdida del disfrute derivado de actividades familiares</li> <li>• Dificultad para sentir alegría</li> <li>• Dificultad para experimentar sentimientos de amor y cariño por otros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades para concentrarse</li> <li>• Dificultades para tomar decisiones</li> <li>• Dificultades de memoria</li> <li>• Incredulidad</li> <li>• Confusión</li> <li>• Pesadillas</li> <li>• Autoestima decaída</li> <li>• Noción de autoeficacia disminuida</li> <li>• Pensamientos culposos</li> <li>• Pensamientos o recuerdos intrusivos sobre el trauma</li> <li>• Preocupación</li> <li>• Disociación (ej. visión túnel, estado crepuscular de conciencia, sensación de irrealidad, dificultades para recordar, sensación de separación del cuerpo, etc.)</li> </ul>
Reacciones físicas	Reacciones interpersonales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatiga, cansancio</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Taquicardia o palpitaciones</li> <li>• Sobresaltos</li> <li>• Exaltación</li> <li>• Incremento de dolores físicos</li> <li>• Reducción de la respuesta inmune</li> <li>• Dolores de cabeza</li> <li>• Perturbaciones gastrointestinales</li> <li>• Reducción del apetito</li> <li>• Reducción del deseo sexual</li> <li>• Vulnerabilidad a la enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento en conflictos interpersonales</li> <li>• Retraimiento social</li> <li>• Reducción en las relaciones íntimas</li> <li>• Alienación</li> <li>• Dificultades en el desempeño laboral o escolar</li> <li>• Reducción de la satisfacción</li> <li>• Desconfianza</li> <li>• Externalización de la culpa</li> <li>• Externalización de la vulnerabilidad</li> <li>• Sensación de abandono o rechazo</li> <li>• Sobreprotección</li> </ul>

*Adaptado de Common Reactions After Trauma, del National Center for PTSD, U.S Department of Veterans Affairs*

**7.5.3. PRIMEROS AUXILIOS PSICÓLOGICOS (PAP) – “MODELO ABCDE”<sup>32</sup>**

Se trata de una estrategia de ayuda humanitaria inespecífica que se considera de elección por su bajo riesgo de iatrogenia, por su simpleza (no necesita ser profesional de la salud mental quien la aplique) y porque promueve varios factores “informados en la evidencia” que de acuerdo a varios expertos favorecerían la resiliencia (seguridad, calma, autoeficacia, conexión y esperanza). Es una técnica poco estructurada, adaptada al paciente y su cultura, pero que en la práctica, y con fines operativos, la resumiremos en cinco acciones:

**A. ESCUCHA ACTIVA:** ofrecer un tiempo razonable de escucha activa (10-20 min), que puede ser definida como “poner toda la atención de uno en la otra persona y comunicarle que estamos interesados y preocupados” a través de un lenguaje corporal atento, un seguimiento adecuado de lo que el paciente

dice y conductas reflejo, como copiar o repetir las posturas, gestos o palabras que la persona utiliza.

**B. RESPIRACIÓN:** ofrecer ayuda concreta para lograr la calma, lo que puede efectuarse con técnicas de reentrenamiento de la respiración apoyadas incluso por aplicaciones móviles, contracturas musculares progresivas de Jacobson u otras técnicas de relajación.

**C. CATEGORIZACIÓN DE NECESIDADES:** ofrecer apoyo en sistematización y priorización de necesidades inmediatas como contacto con familiares, información, protección financiera, asistencia legal, abrigo, etc.

**D. DERIVACIÓN A REDES DE APOYO:** ofrecer apoyo para satisfacer las necesidades prioritarias, activando las redes de apoyo y de seguridad social disponibles.

**E. PSICOEDUCACIÓN:** ofrecer psicoeducación respecto a las reacciones normales frente al trauma, cómo ayudarse y ayudar a otros, cuáles son los signos de alarma y dónde buscar ayuda.

Aunque los PAP son efectivos para lograr restituir la calma en la mayoría de las personas, en algunos casos no serán suficientes. En esos casos excepcionales podría justificarse el uso de psicofármacos como antipsicóticos o benzodiazepinas en dosis bajas por períodos de pocas semanas.

Es muy importante tener cuidado con el uso de benzodiazepinas porque podrían aumentar la incidencia de TEPT, desinhibir la agresividad/impulsividad y facilitar o agravar un cuadro de abuso o dependencia de sustancias, además de interferir el proceso de psicoterapia cuando se requiera tratamiento definitivo. Su uso prolongado también aumenta el riesgo de caídas, deterioro de la memoria, accidentes, problemas de aprendizaje y sueño no reparador, además de ser inefectivas en el tratamiento de las secuelas emocionales crónicas del trauma, por lo que desaconsejamos enfáticamente utilizar esta familia de medicamentos como primera opción para el manejo agudo del trauma reciente<sup>33</sup>. La quetiapina en dosis de 25 mg al día dividida en tres dosis u otros antipsicóticos a titular según respuesta son una mejor alternativa, aunque también deben ser utilizados por períodos breves.

#### 7.5.4. TÉCNICAS PARA INICIO DE TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS NEURÓTICAS Y PSICOTRAUMÁTICAS

La relación entre los procesos emocionales y psicológicos. Cuando nos sentimos ansiosos, automáticamente respiramos más rápido. Esto nos prepara para la acción: El pulso se incrementa, la presión sanguínea aumenta y se libera adrenalina.

De esta forma, durante situaciones de peligro, el cuerpo aumenta su fuerza para utilizarla inmediatamente para luchar o huir. Y en deportes de intensos, le permite actividades más extenuantes.



PER

MINISTERIO  
DE SALUD

Hospital Nacional  
"Victor Larco Herrera"



respiración. La mente deambula. Está bien. Es solo lo que hacen las mentes. No es necesario que se critique a sí mismo cuando esto sucede, solo observe los pensamientos y luego regrese a mirar y sentir cómo respira dentro y fuera. Deja que tus pensamientos y sentimientos vayan y vuelvan. No necesitas creer que tus pensamientos son importantes, o incluso verdaderos. No son ni buenos ni malos, correctos o incorrectos; solo son pensamientos y sentimientos que van y vienen. Fíjate en ellos y vuelve a prestar atención a tu aliento.

6. Intenta hacer esto durante al menos 10 minutos al día, todos los días, si puedes. Puede mantener un reloj o mirar a su lado para controlar la hora, pero trate de no mirar la hora con demasiada frecuencia. Si han pasado menos de 10 minutos, vuelve a prestar atención a tu aliento. Eventualmente, es posible que desee pasar más de 10 minutos mediando o meditando más a menudo. Es tu decisión.

Aunque la instrucción por lo general es que el paciente practique este ejercicio en casa, también es útil que paciente medite con el médico en los primeros 10 minutos de cada sesión o practique otra técnica de relajación, al menos durante las primeras semanas, para que el terapeuta pueda controlarlo. El terapeuta debe monitorizar el progreso del paciente y responder preguntas relevantes que este tenga. Esto debe hacerse sin que el clínico "juzgue" al cliente. Idealmente, el terapeuta meditará, o al menos cerrará los ojos, mientras el paciente está meditando. Además, la meditación durante la sesión se puede practicar cuando el paciente se pone ansioso durante el tratamiento, tanto para desescalar ese estado como para enseñar su uso durante los momentos de ansiedad. Una vez que el paciente ha aprendido habilidades básicas de Mindfulness (atención plena), se le puede animar a incorporar la atención plena en su vida cotidiana de maneras menos estructuradas también, por ejemplo, practicando "El Aquí y Ahora" mientras se cepilla los dientes, comer, escuchar música o caminar. Aprender a reenfocar la atención de esta manera también puede funcionar como una técnica básica de relajación y puede ayudar a los jóvenes a moderar la angustia emocional o la hiperactivación fisiológica.

## 7.6. MANEJO PSICOTERAPÉUTICO

La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo, con el propósito de hacer desaparecer, modificar los síntomas existentes, atenuar o cambiar modos de comportamiento y promover el crecimiento y desarrollo de una personalidad positiva<sup>36</sup>.

### 7.6.1. RECOMENDACIONES DEL ENFOQUE TERAPÉUTICO<sup>37</sup>:

**RECOMENDACIONES 1:** Está demostrado que la terapia combinada es superior a la monoterapia, hay una mayor preferencia por la intervención





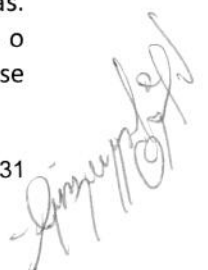
psicoterapéutica combinada o monoterapia farmacológica en nuestro medio. Es importante aclarar que el tratamiento farmacológico atenúa los síntomas rápidamente, mientras que la psicoterapia es más estructural, dando lugar a mecanismos para afrontar adversidades de manera más eficaz y así evitar recaídas, debatiendo imágenes que pueda tener el paciente de vulnerabilidad o perfección o la rigidez de los conceptos por sí mismos. La información general para el paciente desde el primer momento y como el componente fisiológico está involucrado en la sintomatología ansiosa permite al paciente comprender acerca del diagnóstico y mayor conciencia de la corporalidad, su respiración, respuestas automáticas y preguntarse sobre elementos de contexto personal que se relacionen causalmente con el trastorno.

**RECOMENDACIONES 2:** Resaltamos lo esencial que es centrarse y trabajar con el proceso del paciente y la relación terapéutica. **Recomendamos encarecidamente que los terapeutas primero se capaciten en algún tipo de enfoque de psicoterapia que aborde el proceso**, y que ofrezca un marco para comprender los conflictos y las defensas internas del paciente, tanto internamente como en las relaciones. La terapia puede empantanarse fácilmente en el contenido: lo que sucedió en casa la semana pasada, lo que sucedió en el pasado traumático, las muchas crisis de la vida diaria, lo que se espera que ocurra en el futuro, y todas las diferencias y características de las partes disociativas que puede llegar a ser tan fascinante tanto para el paciente como para el terapeuta. Cuantos más terapeutas puedan ayudar al paciente a permanecer en el momento con lo que está sucediendo internamente y en la relación en este momento, la terapia será más efectiva.

**RECOMENDACIONES 3:** La estimulación requiere que los terapeutas determinen cuánto tiempo y qué tipo de apoyo el paciente debe contener y aterrizar para poder dejar las sesiones a tiempo y estar seguro y modulado.

**RECOMENDACIONES 4:** El ritmo efectivo implica administrar la sesión de modo que haya suficiente tiempo al final para que el paciente se contenga lo suficiente como para irse. Kluft (1991) sugirió una regla de los tercios, en la que las sesiones se dividen aproximadamente en tres segmentos. El primer tercio, que puede ser bastante breve, implica registrarse y prepararse para el trabajo de la sesión. Este registro generalmente se hace con la parte que funciona en la vida diaria. El segundo tercio es el trabajo principal de la sesión, a menudo con experiencias emocionales, como hablar con partes o abordar un cierto síntoma. El último tercio puede ser más largo o más corto, según la necesidad del paciente, y se enfoca en ayudar al paciente a orientarse completamente en el presente, contener esos sentimientos en los que el paciente ha estado trabajando en la sesión, y prepararse para la semana.

**RECOMENDACIÓN 5:** Una determinación temprana de la trayectoria del tratamiento general y el pronóstico del paciente (pobre, regular, bueno) ayudará tanto al terapeuta como al paciente a aceptar un ritmo razonable de mejoría. Algunos pacientes son resistentes independientemente de su nivel de funcionamiento, están motivados y perseveran en las buenas y las malas. Otros pacientes son extrema y crónicamente fóbicos de partes disociativas o están muy dedicados a permanecer separados, carecen de autocompasión y se





sienten impotentes y sin esperanza. Estos últimos pacientes necesitan un ritmo más lento y un enfoque más solidario que se centre en un mayor grado de funcionamiento en la vida diaria. Cuanto más pobre es el pronóstico para un paciente, es probable que la terapia más lenta sea necesaria.

**RECOMENDACIÓN 6:** A menudo, el ritmo de la terapia no es el problema; más bien, el enfoque de la terapia debe ser diferente. Por ejemplo, un problema común es que los terapeutas salten al trabajo con recuerdos traumáticos con pacientes disociativos antes de que tengan las habilidades reglamentarias y la cooperación entre las partes para poder manejarlas. La terapia puede avanzar al mismo ritmo, pero con un enfoque en la construcción de habilidades, la contención de recuerdos traumáticos, y la aceptación y cooperación entre partes disociativas como preparación para el trabajo en memorias traumáticas. El paciente se volverá más estable simplemente a través de este cambio en el tratamiento. Una vez que las habilidades regulatorias están en su lugar, el tratamiento de las memorias traumáticas puede comenzar.

**RECOMENDACIÓN 7:** La terapia puede ir tan lejos como un terapeuta tenga la capacidad para conducirla. Cuando el terapeuta se siente abrumado por las emociones o la historia del paciente, la terapia queda fuera de la ventana de tolerancia del terapeuta. Es necesaria una consulta inmediata y tal vez una terapia personal, o la decisión de transferir al paciente a otro terapeuta puede hacerse con la consulta.

**RECOMENDACIÓN 8:** Una de las principales señales de progreso es que el funcionamiento del paciente en la vida diaria se mantenga, al menos, y se mejore. Si el funcionamiento del paciente disminuye, el ritmo y el trabajo de la terapia se deben considerar como una posible causa. Si el paciente tiene una dificultad creciente para lidiar con la vida diaria, se debe examinar la intensidad y el ritmo de la terapia como posible contribuyente.

**RECOMENDACIÓN 9:** Los límites son esenciales. Si bien deben ser algo flexibles dentro de un rango limitado, no deben cambiar simplemente porque un paciente quiera o exija algo, o porque el terapeuta lo crea conveniente. Los buenos límites y el marco de tratamiento también reducen la posibilidad de que los terapeutas caigan en fantasías de rescate o sean atraídos por el paciente de otras maneras. Finalmente, los límites protegen a los terapeutas asegurando que la terapia esté contenida y no se inmiscuya demasiado en la vida personal fuera de la terapia.

### 7.6.2. MODELO DE TRES ETAPAS PARA EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA\*

El abordaje de la patología neurótica y psicotraumática dentro de este modelo se encuentra comprendido en 3 etapas, las cuales se pueden enfocar con distintos modelos de abordaje terapéuticos, los mismos que deben respetar las recomendaciones vertidas anteriormente. Se enlista las respectivas etapas:

\* Adaptado y Traducido por: Dr. Donald Jack Briam Cabrera Astudillo. Basado en: The Three Stage Model of Trauma Treatment Dr. Danny Brom. Based on the therapeutic model of Onno Van Der Hard y The Three Stages of Trauma Recovery Adapted from Herman, 1992

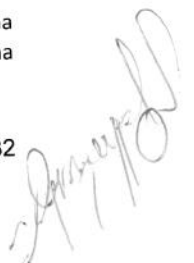



TABLA N° 07  
HABILIDADES DE ESTABILIZACIÓN PARA PACIENTES

HABILIDADES DE ESTABILIZACIÓN PARA PACIENTES
<ul style="list-style-type: none"><li>• Superar el estigma de necesitar ayuda y terapia.</li><li>• Establecer y mantener la seguridad interna y externa.</li><li>• Reducir la crisis de la vida y el caos.</li><li>• Mejorar las habilidades de auto regulación y relacional.</li><li>• Disfruta experiencias y emociones positivas en el presente.</li><li>• Aprende a ser más consciente y presente.</li><li>• Identificar, tolerar y regular las emociones.</li><li>• Tolerar las angustias normales de la vida diaria.</li><li>• Aceptar y trabajar eficazmente con partes disociativas.</li><li>• Poco a poco enfrentar y superar la fobia de las experiencias internas.</li><li>• Desarrollar y aumentar el uso de la reflexión y la mentalización.</li><li>• Mejora las habilidades de la vida diaria.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Aprender rutinas adecuadas para comer y dormir.</li><li>○ Equilibrar la recreación, el descanso y el trabajo.</li><li>○ Administrar las finanzas, criar a los hijos, mantener un hogar, etc.</li></ul></li><li>• Mejorar las habilidades relacionales, incluida la asertividad y el establecimiento de límites relacionales.</li><li>• Mejorar el funcionamiento ejecutivo.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Mantener el enfoque y la atención, planificar, organizar, priorizar, administrar el tiempo.</li><li>○ Mejorar las habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones.</li><li>○ Mantenga la concentración cuando sea necesario y cambie el foco de atención cuando sea necesario.</li></ul></li><li>• Asumir la responsabilidad de los comportamientos y el tratamiento.</li><li>• Mejorar el autocuidado físico.</li><li>• Mejore la conciencia somática y aprenda a usar recursos somáticos y señales.</li><li>• Aumenta la compasión por uno mismo y los demás.</li><li>• Contiene recuerdos traumáticos.</li><li>• Reducir el cambio entre las partes disociativas.</li><li>• Aprender a ser vulnerable de forma segura en la relación terapéutica.</li><li>• Reconocer la diferencia entre la "realidad" interna (sueños, emociones, actividades de partes disociativas, etc.) y la realidad externa (equivalencia psíquica).</li><li>• Aprender cómo hacer que la experiencia tenga un significado adaptativo.</li></ul>

**Adaptado y Traducido por: Donald Jack Briam Cabrera Astudillo. Basado en: Steele K, Boon S & Van Der Hart O. TREATING TRAUMA-RELATED: A Practical, Integrative Approach. 1st Ed. New York. W.W. Norton & Company. 2017**

## A. ETAPA I – ESTABILIZACIÓN

- Evaluación usando entrevistas y cuestionarios.
- Anamnesis.
- Explicar diagnóstico, psicoeducar y reconocer los síntomas comunes y comprender el significado de sensaciones corporales abrumadoras, emociones intrusivas y esquemas cognitivos distorsionados.
- Explicación del modelo cognitivo-conductual y la terapia de exposición prolongada en el tratamiento de trauma o modelo de abordaje a usar adecuado al paciente



- Indagar y estabilizar problemas sociales y de vida cotidiana del paciente (vivienda, ocupación, contacto con otras instancias sociales).
- Estabilización de sintomatología empleando medicamentos, aspectos sociales, patrones de sueño, alimentación, movimiento, etc. Para alcanzar la estabilización en estos ámbitos, puede ser necesario tratar los problemas de la actividad económica, la higiene del sueño, tratar las adicciones y más síntomas que puedan afectar la calidad de vida del paciente.
- Enseñe técnicas de autorregulación y practíquelas en casa (ejercicios de relajación, ejercicios de respiración, etc.).
- Cree un "lugar seguro" interno y establezca la relación terapéutica como un lugar seguro.

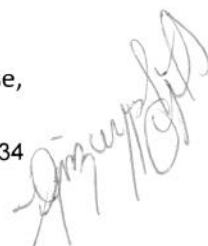
### TABLA N° 08 ETAPA I: OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

ETAPA I: OBJETIVOS TERAPÉUTICOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar evaluaciones iniciales y continuas.</li><li>• Desarrollar la formulación de casos y la planificación del tratamiento.</li><li>• Establezca un marco de tratamiento y límites claros.</li><li>• Desarrollar un protocolo de crisis.</li><li>• Abordar los temores iniciales sobre la terapia.</li><li>• Desarrolle un contacto seguro con el terapeuta.</li><li>• Desarrollar una relación de trabajo colaborativo.</li><li>• Ofrecer referencias para medicamentos y evaluación física y atención.</li><li>• Comparta el diagnóstico con el paciente, si es útil.</li><li>• Mantener la terapia dentro de una ventana de tolerancia emocional.</li><li>• Proporcionar psicoeducación al trauma, la disociación, los límites del tratamiento, la necesidad de habilidades emocionales y la relación terapéutica.</li><li>• Ayudar a los pacientes a establecer seguridad externa e interna.</li><li>• Desarrollar conciencia sobre los precursores somáticos de la desregulación.</li><li>• Enseñar recursos somáticos para regular.</li><li>• Reduce los síntomas (depresión, ansiedad, disociación, síntomas de TEPT, abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, psicosis, etc.).</li><li>• Apoyar a los pacientes para mantener y mejorar el funcionamiento en la vida diaria.</li><li>• Ayudar a los pacientes a adquirir habilidades de estabilización: habilidades reguladoras y de funcionamiento de la vida diaria.</li><li>• Coordinar con otros miembros del equipo de tratamiento y la familia, según corresponda.</li><li>• Contiene recuerdos traumáticos en la medida de lo posible.</li><li>• Ayudar a los pacientes a aceptar y explorar las funciones de las partes disociativas.</li><li>• Apoyar el aumento de la comunicación, la compasión y la colaboración entre las partes disociadas según lo tolera.</li><li>• Hacer referencias para terapia con parejas e hijos o tratamiento complementario según sea necesario.</li></ul>

**Adaptado y Traducido por: Donald Jack Briam Cabrera Astudillo. Basado en: Steele K, Boon S & Van Der Hart O. TREATING TRAUMA-RELATED: A Practical, Integrative Approach. 1st Ed. New York. W.W. Norton & Company. 2017**

#### B. ETAPA II – PROCESAMIENTO

En esta etapa, el objetivo es superar los miedos para que puedan integrarse,



permitiendo a la persona el reconocer los cambios conductuales que presenta como resultado del trauma. Con el fin de asimilar (no solo verbalizar) los recuerdos, puede hacer uso de EMDR u otras terapias mente-cuerpo. El ritmo asegura que no se "atasque" en la evitación ni se sienta abrumado por recuerdos y flashbacks. Dado que "recordar no se está recuperando", el objetivo es llegar a un acuerdo con el pasado traumático. Por lo cual:

- Prepárese para la exposición: recopile los puntos traumáticos, construya una jerarquía
- Exposición a la memoria traumática utilizando la técnica clásica. Uso de técnicas de relajación durante y después de la exposición según sea necesario. Al comienzo de la siguiente reunión, verifique la parte para la que se realizó la exposición. Al final del proceso, haz toda la historia.
- La exposición conductual a las actividades que evita el paciente.
- Practica la exposición en casa: a través de actividades, escribiendo, hablando con otros.

#### TABLA N° 09 ETAPA II: OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

ETAPA II: OBJETIVOS TERAPEUTICOS
<p><b>Integrando memorias traumáticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Asegúrese de que el paciente tenga suficiente capacidad de integración y estabilización.</li><li>• Trabajar a través de fobias y resistencias para acercarse a las memorias traumáticas.</li><li>• Preparar al paciente para trabajar con recuerdos traumáticos.</li><li>• Participar en el tratamiento de recuerdos traumáticos.</li><li>• Comprometerse en la realización y la integración adicional.</li><li>• Completar acciones relacionadas con el trauma, por ejemplo, defensas de animales.</li></ul>
<p><b>Resolviendo enlaces de apego traumáticos con perpetradores</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aprender a mentalizar y reflexionar sobre el estado mental del perpetrador.</li><li>• Acepte cualquier aspecto positivo y negativo sobre la conexión con el perpetrador, es decir, resuelva conflictos de lealtad y miedo, amor y odio, etc.</li><li>• Aumenta la capacidad para mantener sentimientos ambivalentes de odio y amor.</li></ul>
<p><b>Resolviendo la transferencia traumática</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ayuda a las partes disociativas a orientarse al presente.</li><li>• Ayuda a todas las partes del paciente a notar no solo lo que es similar entre el pasado y el presente, sino también lo que es diferente.</li><li>• Colaborar y compartir experiencias relacionales en el momento entre el paciente y el terapeuta.</li></ul>

*Adaptado y Traducido por: Donald Jack Briam Cabrera Astudillo. Basado en: Steele K, Boon S & Van Der Hart O. TREATING TRAUMA-RELATED: A Practical, Integrative Approach. 1st Ed. New York. W.W. Norton & Company. 2017*



### C. ETAPA III - INTEGRACIÓN

En esta etapa se comienza a abordar y disminuir la vergüenza y la alienación, desarrollar una mayor capacidad para un apego saludable y asumir objetivos personales y profesionales que reflejen la generación de significado postraumático. La superación de los temores de la vida normal, el desafío y el cambio sanos, y la intimidad se convierten en el foco del trabajo. A medida que



su vida se vuelve a consolidar en torno a un presente saludable y un yo sanado, el trauma se siente más lejos, forma parte de una comprensión integrada de sí mismo, pero ya no es un enfoque diario.

- Se realizara un abordaje cognitivo sobre las cogniciones desadaptativas que se desarrollaron después del trauma que lograron presentar cambios luego de la exposición (esto generalmente se refiere a generalizaciones excesivas con respecto al mundo como peligroso, ver a los demás como indignos de confianza, verse a sí mismo como incompetente, así como problemas con culpa, ira y más).
- Encontrar significado para el evento traumático de una manera que permita la continuidad y el funcionamiento.
- Restablecer las conexiones sociales.

### TABLA N° 10 ETAPA III: OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

ETAPA III: OBJETIVOS TERAPEUTICOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Acepte y sufra pérdidas del pasado, presente y futuro.</li><li>• Superar la fobia a la intimidad, incluida la sexualidad y el cuerpo.</li><li>• Adaptarse a una rutina y vida diaria más normal, aprendiendo a vivir más plenamente en el presente.</li><li>• Tomar riesgos adaptativos para mejorar la vida y las relaciones.</li><li>• Acepte el cambio como inevitable y adaptarse al grado posible.</li><li>• Establezca relaciones duraderas y saludables.</li><li>• Integrar la personalidad y establecer un yo unificado, en la medida de lo posible.</li><li>• Desarrollar capacidades para disfrutar la vida diaria.</li><li>• Desarrollar significado y propósito en la vida.</li><li>• Continuar mejorando la situación de la vida diaria.</li></ul>

*Adaptado y Traducido por: Donald Jack Briam Cabrera Astudillo. Basado en: Steele K, Boon S & Van Der Hart O. TREATING TRAUMA-RELATED: A Practical, Integrative Approach. 1st Ed. New York. W.W. Norton & Company. 2017*

Para el abordaje revísense los protocolos del ANEXO N° 06 y ANEXO N°07

#### 7.7. MANEJO FARMACOLÓGICO

Se debe tener en cuenta, antes de iniciar tratamiento farmacológico:

- Edad del paciente: en menores de 18 años, revisar aprobaciones del medicamento, dosis y cuidados especiales. En mayores de 60 años revisar comorbilidades, cardiopatías, interacciones farmacológicas, función renal y hepática, y administrar menores dosis con respecto a los adultos. Tratamientos previos: si lo ha tenido, indagar por efectividad y efectos adversos severos.
- Riesgo de abuso de medicamento en pacientes con antecedente de consumo de sustancias psicoactivas.
- Riesgo suicida: tener en cuenta antecedente personal de intento suicida, antecedentes familiares de suicidio y Escala SAD-Persons aplicada en evaluación del paciente.
- Interacciones con otros medicamentos.





- Embarazo y lactancia: valorar la relación riesgo/beneficio de iniciar un medicamento. La administración de antidepresivos es potencialmente riesgosa, sin embargo no están contraindicados. Las benzodiazepinas son categoría D, no se recomienda su uso.
- Preferencia del paciente.

Se debe informar al paciente:

- El inicio de acción de los medicamentos antidepresivos está entre 2 a 4 semanas, el de las Benzodiazepinas es inmediato. La duración del tratamiento para la mayoría de los trastornos de ansiedad es de al menos 6 meses.
- Acerca de la importancia de la adherencia.
- Posibles efectos secundarios.
- Síntomas de abstinencia si se interrumpe el tratamiento abruptamente.

Se enlista en la siguiente tabla los medicamentos utilizados para abordar Trastornos Neuróticos:

**TABLA N° 11**
**MANEJO FARMACOLÓGICO DE TRASTORNOS ANSIOSOS<sup>27</sup>**

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA:		
<b>Primera Línea</b>	Duloxetina, Escitalopram, Paroxetina, Pregabalina, Sertralina, Venlafaxina.	
<b>Segunda Línea</b>	Quetiapina*, Bupropion, Buspirona, Benzodiazepina** (Alprazolam, Bromazepam, Diazepam, Lorazepam) Imipramina, Hidroxicina.	
<b>Tercera Línea</b>	Mirtazapina, Citalopram, Trazodona, Divalproato.	
<b>Coadyuvante</b>	<b>Primera Línea</b>	Pregabalina.
	<b>Segunda Línea</b>	Quetiapina, Aripiprazol, Olanzapina.
	<b>No recomendado</b>	Zipridona.
<b>No recomendado</b>	Beta-bloqueador (Propranolol).	
* Quetiapina sigue siendo una buena opción en términos de eficacia, pero debido a las preocupaciones metabólicas asociadas con los antipsicóticos atípicos, debe reservarse para los pacientes que no pueden recibir antidepresivos o benzodiazepinas. Por favor, consulte el texto para mayor justificación de las recomendaciones. ** Estos tienen distintos mecanismos, perfiles de eficacia y seguridad. Dentro de estos agentes de segunda línea, las benzodiazepinas se considerarían primero en la mayoría de los casos, excepto cuando exista un riesgo de abuso de sustancias, mientras que el bupropión XL probablemente se reserve para más adelante. Las Benzodiazepinas no deben ser usadas por más de 8 a 12 semanas.		
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO:		
<b>Primera Línea</b>	Escitalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Venlafaxina.	
<b>Segunda Línea</b>	Alprazolam, Clomipramina, Clonazepam, Diazepam, Imipramina, Lorazepam, Mirtazapina, Reboxetina.	
<b>Tercera Línea</b>	Bupropion, Divalproato, Duloxetina, Gabapentina, Moclobemida, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona.	
<b>Coadyuvante</b>	<b>Segunda Línea</b>	Alprazolam, Clonazepam
	<b>Tercera Línea</b>	Aripiprazol, Divalproato de Sodio, Olanzapina, Risperidona.
<b>No recomendado</b>	Buspirona, propranolol, trazodona	
TRATAMIENTO DE LA FOBIA ESPECÍFICA:		
Hay un papel mínimo para la farmacoterapia en el tratamiento de fobias específicas, en gran parte		




debido a la falta de investigación sobre los medicamentos en esta afección y al éxito de las terapias basadas en la exposición.

**TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL:**

<b>Primera Línea</b>	Escitalopram, Fluvoxamina, Paroxetina, Pregabalina, Sertralina, Venlafaxina	
<b>Segunda Línea</b>	Alprazolam, Bromazepam, Citalopram, Clonazepam, Gabapentina	
<b>Tercera Línea</b>	Atomoxetina, Bupropion, Clomipramina, Divalproato, Duloxetina, Fluoxetina, Mirtazapina, Moclobemida, Olanzapina, Topiramato.	
<b>Coadyuvante</b>	<b>Tercera Línea</b>	aripiprazole, buspirone, paroxetine, risperidone
	<b>No recomendado</b>	clonazepam
<b>No recomendado</b>	Atenolol, Buspirona, Imipramina.	

\* Atenolol y Propranolol. Los betabloqueantes se han utilizado con éxito en la práctica clínica para situaciones de exposición a estresores, como hablar en público. No se recomiendan para mantenimiento.

**TRATAMIENTO DEL TRATAMIENTO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO:**

<b>Primera Línea</b>	Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Venlafaxina.	
<b>Segunda Línea</b>	Fluvoxamina, Mirtazapina.	
<b>Tercera Línea</b>	Amitriptilina, Aripiprazol, Bupropion, Buspirona, Carbamazepina, Duloxetina, Escitalopram, Imipramina, Lamotrigina, Memantina, Moclobemida, Quetiapina, Risperidona, Trazodona.	
<b>Coadyuvante</b>	<b>Segunda Línea</b>	Eszopiclona, Olanzapina, Risperidona.
	<b>Tercera Línea</b>	Aripiprazol, Clonidina, Gabapentina, Pregabalina, Quetiapina.
	<b>No Recomendado</b>	Bupropion, Topiramato, Zolpidem.
<b>No recomendado</b>	Alprazolam, Citalopram, Clonazepam.	

**Basada en: Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry. 2014;14(Suppl 1):S1.**

**7.7.1. DOSIS DE MEDICAMENTOS**

Véase en el **ANEXO N°06**

**7.7.2. MANTENIMIENTO**

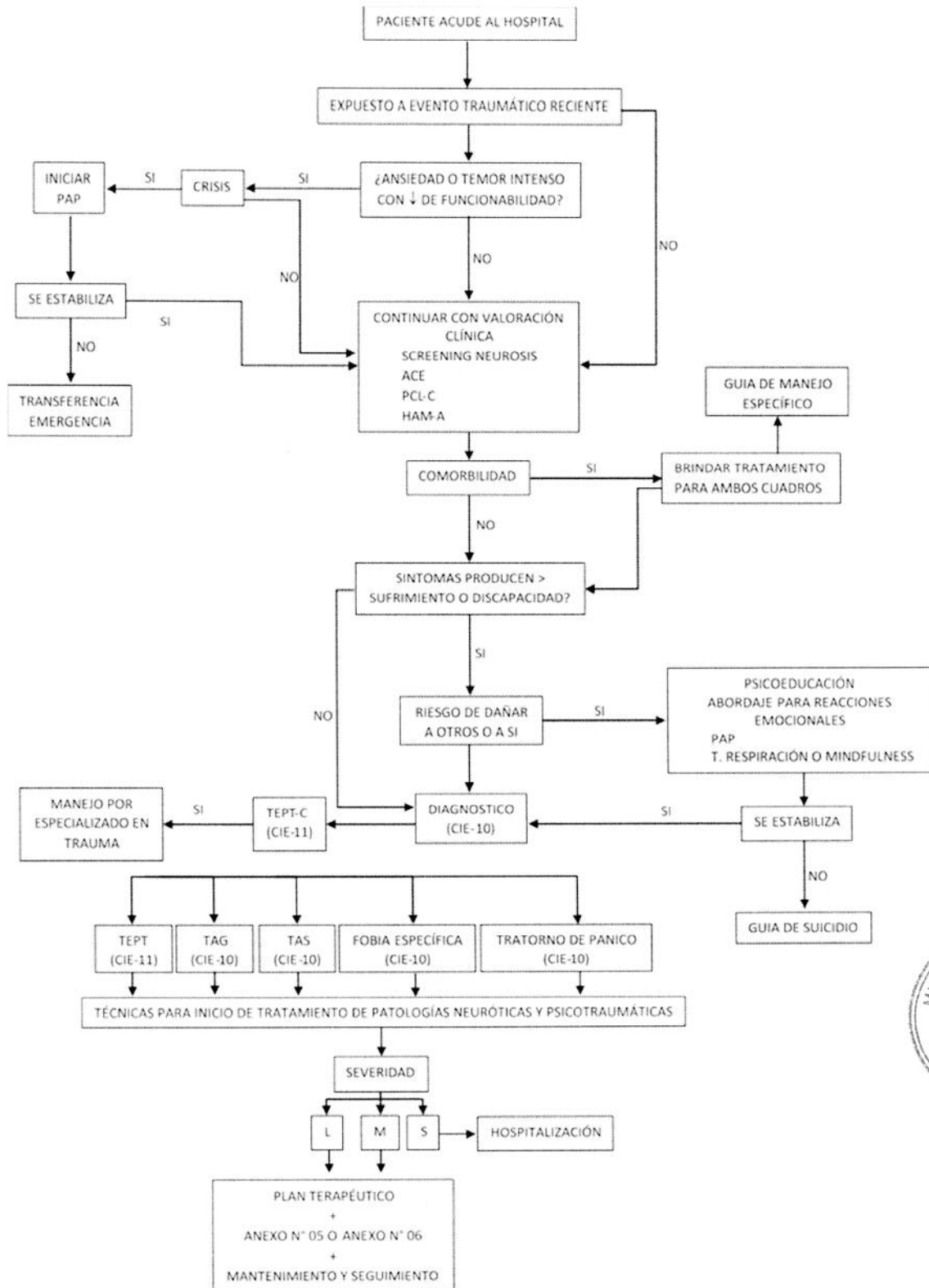
Tratamiento Ambulatorio: Se debe monitorizar la evolución clínica del paciente teniendo en cuenta la eficacia, la adherencia y los efectos adversos del tratamiento farmacológico con controles periódicos así: Realizar el primer control en las primeras 2 semanas, luego en la semana 4 a 6 y luego en la semana 12. En la semana 12 de tratamiento se debe tomar la decisión de continuar con el mismo tratamiento o cambiarlo. Cuando se continúa con el mismo tratamiento deberá ser evaluado cada 8 a 12 semanas de acuerdo con su evolución clínica.

Cuando se inicie un nuevo tratamiento farmacológico el paciente debe ser evaluado en las 2 primeras semanas, y de nuevo a las 4, 6 y 12 semanas.

Al cabo de 12 semanas de tratamiento se debe tomar la decisión de continuar con el tratamiento farmacológico o considerar una intervención alternativa. En caso de que el medicamento continúe por más de 12 semanas, el paciente deberá ser evaluado cada 8-12 semanas dependiendo de la evolución clínica.

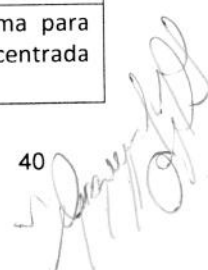



7.8. ALGORITMO



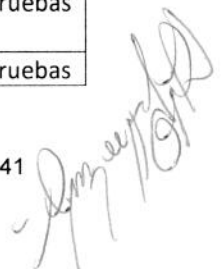
**VIII. RECOMENDACIONES**
**8.1. RECOMENDACIONES ESPECIALES PARA EL MANEJO DE PATOLOGÍAS PSICOTRAUMÁTICAS**
**TABLA N° 12  
RECOMENDACIONES ESPECIALES PARA TEPT<sup>38</sup>**

#	RECOMENDACIONES ESPECIALES
<b>A. Gerencia clínica general</b>	
1	Recomendamos involucrar a los pacientes en la toma de decisiones compartidas, que incluye educar a los pacientes sobre las opciones de tratamiento efectivas.
2	Para los pacientes con trastorno de estrés postraumático (TEPT) que son tratados en atención primaria, sugerimos intervenciones de atención colaborativa que faciliten la participación activa en los tratamientos basados en la evidencia.
<b>B. Diagnóstico y evaluación del TEPT</b>	
3	Sugerimos un examen periódico para el TEPT utilizando medidas validadas, como la ESCALA ACE y la lista de verificación de TEPT (PCL-6).
4	Para los pacientes con sospecha de TEPT, recomendamos una evaluación diagnóstica adecuada que incluya la determinación de los criterios CIE-10, riesgo agudo de daño a sí mismo u otros, estado funcional, historial médico, historial de tratamiento pasado e historial familiar relevante. Se puede considerar una entrevista de diagnóstico estructurada.
5	Para los pacientes con un diagnóstico de TEPT, sugerimos utilizar una medida de autoinforme cuantitativa de la gravedad del TEPT, como la Lista de control del TEPT para el CIE-10 (PCL-6), en la planificación inicial del tratamiento y para supervisar el progreso del tratamiento.
<b>C. Prevención del TEPT</b>	
<b>a. Prevención selectiva del TEPT</b>	
6	Para la prevención selectiva del TEPT, no hay pruebas suficientes para recomendar el uso de la psicoterapia o la farmacoterapia centradas en el trauma en el período inmediatamente posterior al trauma.
<b>b. Indicó la prevención del TEPT y el tratamiento de TEA</b>	
7	Para la prevención indicada del TEPT en pacientes con trastorno de estrés agudo (TEA), recomendamos una psicoterapia centrada en el trauma individual que incluya un componente principal de exposición y / o reestructuración cognitiva.
8	Para la prevención indicada del TEPT en pacientes con TEA, no hay pruebas suficientes para recomendar el uso de la farmacoterapia.
<b>D. Tratamiento del TEPT</b>	
<b>a. Selección de tratamiento</b>	
9	Recomendamos la psicoterapia individualizada y centrada en el trauma sobre otras intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento primario del TEPT.
10	Cuando la psicoterapia individual centrada en el trauma no está disponible o no se prefiere, recomendamos la farmacoterapia o la psicoterapia individual no centrada en el trauma. Con respecto a la farmacoterapia y la psicoterapia no centrada en el trauma, no hay pruebas suficientes para recomendar una sobre la otra.
<b>b. Psicoterapia</b>	
11	Para pacientes con trastorno de estrés postraumático, recomendamos psicoterapias enfocadas al trauma individualizadas y manuales que tengan un componente principal de exposición y / o reestructuración cognitiva para incluir exposición prolongada (PE), terapia de procesamiento cognitivo (CPT), desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR), cognitiva específica terapias conductuales para el TEPT, psicoterapia ecléctica breve (BEP), terapia de exposición narrativa (NET) y exposición narrativa escrita.
12	Sugerimos las siguientes terapias individuales, manuales y no relacionadas con el trauma para pacientes diagnosticados con PTSD: Entrenamiento de inoculación de estrés (SIT), Terapia centrada en el presente (PCT) y Psicoterapia interpersonal (IPT).



13	No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra de las psicoterapias que no están especificadas en otras recomendaciones, como la terapia dialéctica conductual (DBT), el entrenamiento de habilidades en la regulación afectiva e interpersonal (STAIR), la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la búsqueda de seguridad y asesoramiento de apoyo.
14	No hay pruebas suficientes para recomendar el uso de componentes individuales de protocolos de psicoterapia manuales sobre o además del protocolo completo de terapia.
15	Sugerimos terapia grupal manualizada sobre ningún tratamiento. No hay pruebas suficientes para recomendar el uso de un tipo de terapia de grupo sobre cualquier otro.
16	No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra de la terapia de parejas enfocada en el trauma o no enfocada en el trauma para el tratamiento primario del PTSD.
<b>c.</b>	<b>Farmacoterapia</b>
17	Recomendamos la sertralina, la paroxetina, la fluoxetina o la venlafaxina como monoterapia para el TEPT en pacientes diagnosticados de TTPT que eligen no participar o no pueden acceder a la psicoterapia centrada en el trauma.
18	Sugerimos nefazodona, imipramina o fenelzina como monoterapia para el tratamiento del TEPT si la farmacoterapia recomendada, la psicoterapia centrada en el trauma (ver Recomendación 11) o la psicoterapia no relacionada con el trauma (ver Recomendación 12) son ineficaces, no están disponibles, o no de acuerdo con la preferencia y tolerancia del paciente. (NOTA: la nefazodona y la fenelzina tienen toxicidades potencialmente graves y deben manejarse con cuidado).
19	Sugerimos que no se use el tratamiento de trastorno de estrés postraumático con quetiapina, olanzapina y otros antipsicóticos atípicos (excepto la risperidona), citalopram, amitriptilina, lamotrigina o topiramato como monoterapia debido a la falta de pruebas sólidas de su eficacia y / o perfil de efectos adversos conocidos y riesgos asociados.
20	Recomendamos no tratar el TEPT con divalproex, tiagabina, guanfacina, risperidona, benzodiazepinas, ketamina, hidrocortisona o D-cicloserina, como monoterapia debido a la falta de pruebas sólidas de su eficacia y / o perfiles conocidos de efectos adversos y los riesgos asociados.
21	Recomendamos no tratar el TEPT con cannabis o derivados de cannabis debido a la falta de pruebas de su eficacia, efectos adversos conocidos y riesgos asociados.
22	No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra de la monoterapia o la terapia de aumento para el tratamiento del TEPT con eszopiclona, escitalopram, bupropión, desipramina, doxepina, D-serina, duloxetina, desvenlafaxina, fluvoxamina, levomilnaciprán, mirtazapina, nortriptilina, trazodona, vilazodona, vortioxetina. , buspirona, hidroxicina, ciproheptadina, zaleplon y zolpidem.
<b>d.</b>	<b>Terapia de aumento</b>
23	Sugerimos que no se use topiramato, baclofeno o pregabalina como tratamiento de aumento del TEPT debido a datos insuficientes y / o perfiles conocidos de efectos adversos y riesgos asociados.
24	Sugerimos no combinar la terapia de exposición con D-cicloserina en el tratamiento del PTSD fuera del entorno de investigación.
25	Recomendamos no usar antipsicóticos atípicos, benzodiazepinas y divalproato como terapia de aumento para el tratamiento del PTSD debido a pruebas de baja calidad o la ausencia de estudios y su asociación con efectos adversos conocidos.
26	No hay pruebas suficientes para recomendar la combinación de terapia de exposición con hidrocortisona fuera del entorno de investigación.
27	No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra del uso de mirtazapina en combinación con sertralina para el tratamiento del TEPT.
<b>e.</b>	<b>Prazosina</b>
28 <sup>a</sup>	Para los síntomas globales de TEPT, sugerimos que no se use prazosin como terapia de aumento o monoterapia.
28 <sup>b</sup>	Para las pesadillas asociadas con el TEPT, no hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra del uso de prazosin como terapia de monoterapia o de aumento.
<b>f.</b>	<b>Terapia de combinación</b>
29	En pacientes que responden parcialmente o que no responden a la psicoterapia, no hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra del aumento con la farmacoterapia.
30	En pacientes que responden parcialmente o que no responden a la farmacoterapia, no hay pruebas





PER

MINISTERIO DE SALUD

Hospital Nacional "Victor Larco Herrera"



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

	suficientes para recomendar a favor o en contra del aumento con psicoterapia.
31	No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra de comenzar a pacientes con trastorno de estrés postraumático en farmacoterapia y psicoterapia combinadas.
<b>g.</b>	<b>Tratamientos biológicos no farmacológicos</b>
32	No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra de las siguientes terapias somáticas: estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS), terapia electroconvulsiva (ECT), terapia con oxígeno hiperbárico (TOHB), bloqueo ganglionar estrellado (SGB) o estimulación del nervio vago (ENV).

Basado en: *The Management of Posttraumatic Stress Disorder Work Group. (2017) VA/DOD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE MANAGEMENT OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND ACUTE STRESS DISORDER. Version 3.0. Washington DC.*

IX. ANEXOS



*[Handwritten signature]*

**ANEXO N°01  
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS<sup>39</sup>****F41.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (CIE-10)**

Este trastorno de ansiedad es más frecuente e importante, que se caracteriza por tener una preocupación constante y ansiedad excesivas, de carácter persistente (de al menos 6 meses) y difíciles de controlar, sobre un número de sucesos o actividades tales como el rendimiento escolar o laboral. Las áreas más comunes de preocupación son familia, amigos, dinero, trabajo, estudios, manejo de la casa y la salud. Los síntomas no se determinan ni en crisis de pánico, ni en fobias, ni en obsesiones ni en trastornos adaptativos como el estrés postraumático. La clave de su diagnóstico es la ansiedad patológica, libre (flotante y fluctuante), que se mantiene de forma permanente a lo largo de la vida.

La preocupación que padecen los pacientes tiene que ver con una cadena de pensamientos e imágenes con carga afectiva negativa y relativamente incontrolable, orientada hacia un peligro futuro y percibida como incontrolable. Dicha ansiedad se asocia a tres o más de los siguientes síntomas:

1. Inquietud o impaciencia.
2. Fácil fatigabilidad.
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

La sintomatología dirigida al área física genera un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Además, dichas alteraciones no han de deberse a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo el hipertiroidismo), y no aparecer exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado del ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

**F41.2 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (CIE-10)**

En este cuadro diagnóstico están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan



estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

#### F40.0 AGORAFOBIA (CIE-10)

Se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares donde escapar puede resultar difícil, o bien donde es imposible encontrar ayuda en el caso en que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil. Estas situaciones se evitan (por ejemplo se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas. Las situaciones temidas por los pacientes con agorafobia comparten dos características comunes y relacionadas:

- Son situaciones que limitan los movimientos o la posibilidad de escape.
- El temor reside, no tanto encontrarse en una situación particular, sino el no estar con gente o no encontrarse en una situación que les proporcione una situación de seguridad.

Un aspecto a tener en cuenta a la hora del diagnóstico es la grave interferencia de este trastorno en el funcionamiento familiar, laboral y social del paciente, que ve circunscrita su movilidad a los límites de su casa o a situaciones en que pueda contar con compañía. Por tanto, no es extraño que se asocien otros aspectos psicopatológicos, siendo uno de los más prevalentes el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

#### F40.2 FOBIAS ESPECIFICADAS (CIE-10)

Las fobias constituyen el trastorno psíquico más frecuente en el mundo, siempre que no incluyamos el criterio de gravedad. Gente de toda condición y edad sufren temores irracionales, excesivos y fuera de control que conducen a la evitación de la situación u objeto temido. La situación temida puede ser variada, pero las características que definen una fobia son las siguientes:

- La persona que la padece desarrolla un miedo muy intenso, llegando al pánico y al terror cuando está o imagina estar ante la situación que teme.
- El enfermo reconoce que el temor sobrepasa todos los límites razonables y por supuesto desborda la amenaza real que la situación fóbica plantea.
- La respuesta fóbica es automática, no controlable e invasiva; es decir, domina todos los pensamientos y sentimientos del sujeto dentro de un mundo imaginario de amenazas.
- La persona sometida al estímulo fóbico sufre todas las respuestas psicofisiológicas que se asocian a una situación de miedo extrema (palpitaciones, dificultad para respirar, temblor, sudoración y un deseo angustioso de salir de esa situación).
- La persona evita a toda costa enfrentarse al objeto y situación temidos, por lo que desarrolla una serie de comportamientos, a veces complejos, tendentes a eludir cualquier posibilidad de que el enfrentamiento tenga lugar.



- Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

La categoría diagnóstica de fobia específica puede incluir un gran número de fobias, las cuales no comparten necesariamente las mismas características clínicas. En este sentido, se han establecido diferencias entre las diversas fobias específicas en cuanto a edad, y tipo de comienzo, sexo, patrón de respuesta fisiológica, experiencia emocional subjetiva, antecedentes familiares y curso y respuesta al tratamiento. No obstante, se pueden establecer cinco grandes grupos de entre las fobias específicas más comunes:

- 1. Tipo animal:** El miedo es causado por uno o más tipos de animales, siendo los más temidos las serpientes, arañas, insectos, gatos, ratones y pájaros.
- 2. Tipo ambiental:** El miedo es provocado por situaciones naturales tales como tormentas, viento, alturas, agua, oscuridad, etc.
- 3. Tipo sangre-inyecciones-daño:** El miedo es inducido por la visión de sangre/heridas o recibir inyecciones u otras intervenciones médicas invasivas.
- 4. Tipo situacional:** El miedo es inducido por situaciones específicas como: transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches (conducir o viajar), lugares cerrados.
- 5. Otros tipos:** Se incluyen situaciones como evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas.

#### F40.1 FOBIAS SOCIALES (CIE-10)

El motivo último por el que una persona se engloba dentro de esta categoría diagnóstica es el miedo a sentirse en ridículo en presencia de personas desconocidas. A causa de estos temores, el sujeto restringe sus actividades de comunicación, tratando de no encontrarse en ningún momento frente a un grupo que lo observe. En este contexto, las situaciones peores para el fóbico social son tener que hablar en público, comer, beber o escribir en presencia de otros.

Los criterios complementarios para el diagnóstico de fobia social son los que aparecen continuación:

1. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad.
2. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.
3. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o se afrontan con malestar intenso.
4. Las conductas de evitación, anticipación ansiosa o el malestar general por las situaciones interfieren en el funcionamiento diario del individuo, las relaciones interpersonales, y le producen un malestar significativo.
5. En personas menores de 18 años la duración del cuadro debe prolongarse como mínimo 6 meses.
6. El miedo o la conducta de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia tóxica o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.



7. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito no se relaciona con estos procesos, es decir, el miedo no surge ante el hecho de tartamudear, de sufrir un ataque de pánico, de temblar, etc.

Una cuestión que habría que especificar dentro de este cuadro clínico, es el hecho de si los temores se relacionan a la mayoría de las situaciones sociales, cabe la posibilidad de considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación.

Además los síntomas psicofisiológicos presentes en la fobia social son la sudoración, el temblor, la taquicardia y, especialmente, el rubor facial. Son síntomas visibles y abiertos, por tanto, a la observación de los demás. Los pacientes tienden a percibirlos como señales de incapacidad, de defecto y, en última instancia de falta de valía personal, lo que conduce a devaluar su autoestima. De manera, que no es casual que estos síntomas fisiológicos se conviertan en el problema fundamental para el paciente, por lo que esto nos aproxima al concepto de que la fobia social tiene como núcleo el enfrentamiento con el temor al rendimiento ante los demás o, a la inversa, al fracaso.

#### F41.0 TRASTORNO DE PÁNICO. (CIE-10)

Se define brevemente como la experiencia de aparición brusca (súbita) de intenso miedo acompañado de síntomas fisiológicos. Así pues, se considera como característica principal de una crisis de angustia su aparición aislada y temporal de miedo o malestar intenso, en ausencia de peligro real y de un impulso a escapar. Su duración es variable alcanzando su máxima expresión en los primeros diez minutos, apareciendo durante la misma al menos cuatro de los síntomas siguientes:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.
9. Desrealización o despersonalización.
10. Miedo a perder el control o volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
13. Escalofríos o sofocaciones.

La valoración de gravedad de las crisis va a depender del número de síntomas experimentados y no de la intensidad de los mismos. Los criterios para el diagnóstico exigen también un número mínimo de crisis, o bien que tras la crisis se haya producido un mes de miedo persistente a la repetición de las mismas (ansiedad de anticipación). Una vez que el enfermo ha sufrido el ataque, su reacción inmediata es acudir a un servicio de urgencias, en el que tras descartar manifestaciones orgánicas, mediante la exploración física que incluye auscultación y electrocardiograma, se le diagnostica como crisis de angustia, se le administra un tranquilizante y se le envía al domicilio. En general, el paciente queda sobrecogido ante la incertidumbre y la duda de creer que su problema no ha sido valorado de forma adecuada.





La ansiedad característica de las crisis de angustia puede diferenciarse de la ansiedad generalizada, por su naturaleza intermitente y su gran intensidad. En relación a las crisis, se pueden diferenciar tres tipos:

- a. Inesperadas (sin relación con estímulos situacionales). El individuo percibe el ataque de pánico como espontáneo y sin ninguna causa.
- b. Situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales).
- c. Predispuesta por una situación determinada. Similares a las situacionales aunque no siempre existe una asociación con el estímulo, ni el episodio aparece inmediatamente después de la exposición.

#### TRASTORNOS TRAUMÁTICOS:

##### F43.0 REACCIÓN A ESTRÉS AGUDO (CIE-10)

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el anciano).

También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.

Pautas para el diagnóstico.

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además los síntomas:



- a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.
- b) Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

#### F43.1 TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO (CIE-11)

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) puede desarrollarse después de la exposición a un evento extremadamente amenazante u horrendo o una serie de eventos caracterizados por:

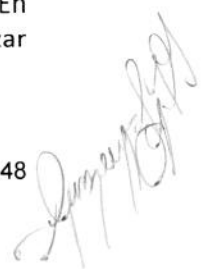
- 1) **volver a experimentar el evento** o eventos traumáticos en el presente en forma de vívidos recuerdos intrusivos, escenas retrospectivas o pesadillas, que suelen ir acompañadas de emociones fuertes y abrumadoras como miedo u horror y fuertes sensaciones físicas, o sentimientos de estar abrumado o inmerso en las mismas emociones intensas que se experimentaron durante el evento traumático.
- 2) **evitar pensamientos y recuerdos del evento** o eventos, o evitar actividades, situaciones o personas que recuerden al evento o eventos.
- 3) **percepciones persistentes de una mayor amenaza actual**, por ejemplo, como lo indica la hipervigilancia o una reacción de sobresalto mejorada ante estímulos tales como ruidos inesperados.

Los síntomas deben persistir durante al menos varias semanas y causar un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

#### F43.2 TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN (CIE-10)

Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar



un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático. Si predominan estas características debe recurrirse a F43.23.

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada.

### Pautas para el diagnóstico

- a) La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.
- b) Los antecedentes y la personalidad.
- c) El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

Incluye:

"Shock cultural".

Reacciones de duelo.

### F62.0 TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO COMPLEJO (CIE-11)

El trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT complejo) es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos de una naturaleza extremadamente amenazante u horrenda, con mayor frecuencia eventos prolongados o repetitivos de los que es difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la niñez). El trastorno se caracteriza por los síntomas centrales del TEPT; es decir, todos los requisitos de diagnóstico para el TEPT se han cumplido en algún momento durante el curso del trastorno. Además, el trastorno de estrés postraumático complejo se caracteriza por:

- 1) problemas graves y generalizados en la **regulación del afecto**.
- 2) **creencias persistentes negativas sobre uno mismo**, derrotado o inútil, acompañado por sentimientos profundos y penetrantes de vergüenza, culpa o fracaso relacionado con el evento traumático.
- 3) **dificultades persistentes para mantener las relaciones** y sentirse cerca de los demás. La perturbación causa un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.

#### Sinónimos:

Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica. (F62.0 CIE-10)

#### Términos más específicos:

- Cambio de personalidad después: experiencias en el campo de concentración
- Cambio de personalidad después de: desastres
- Cambio de personalidad después de: prolongado: cautiverio con una posibilidad inminente de ser asesinado
- Cambio de personalidad después de: prolongado: exposición a situaciones que amenazan la vida como ser víctima del terrorismo
- Cambio de personalidad después: tortura

### TRASTORNOS DISOCIATIVOS Y DE CONVERSIÓN

**F44 TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)**

Para un diagnóstico seguro de cualquiera de los trastornos disociativos deben cumplirse las tres condiciones siguientes:

- presencia de las características clínicas ya especificadas en los trastornos aislados (F44.)
- ausencia después de las exploraciones clínicas complementarias de un trastorno somático que pudiera explicar los síntomas y
- evidencia de una génesis psicógena, en la forma de una clara relación temporal con acontecimientos biográficos estresantes y problemas o relaciones personales alterados (aunque sean negados por el enfermo).

**F44.0 AMNESIA DISOCIATIVA (CIE-10)****Pautas para el diagnóstico**

- la presencia de amnesia, parcial o completa, para hechos recientes de naturaleza traumática o estresante (lo cual a veces sólo pueden ponerse de manifiesto a través de información de terceros) y
- la ausencia de un trastorno orgánico cerebral, intoxicación o fatiga excesiva.

**F44.1 FUGA DISOCIATIVA (CIE-10)****Pautas para el diagnóstico**

- las características de la amnesia disociativa (F44.0)
- un desplazamiento intencionado más allá del ámbito cotidiano (el límite entre vagabundeo y desplazamiento depende del conocimiento de las circunstancias locales).
- el mantenimiento del cuidado básico de sí mismo (en la comida, aseo, etc.) y de la interacción simple con extraños (como el comprar billetes o gasolina, preguntar por direcciones o encargar una comida).

**F44.2 ESTUPOR DISOCIATIVO (CIE-10)****Pautas para el diagnóstico**

- la presencia de un estupor, descrito más arriba
- la ausencia de un trastorno psiquiátrico o somático que pudiera explicar el estupor y c) la presencia de acontecimientos estresantes recientes o de problemas actuales.

**F44.3 TRASTORNOS DE TRANCE Y DE POSESIÓN (CIE-10)**

Son trastornos en los que hay una pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la plena conciencia del entorno. En algunos casos el enfermo actúa como poseído por otra persona, espíritu, deidad o "fuerza". La atención y la conciencia del entorno pueden limitarse a sólo uno o dos aspectos inmediatos y a menudo se presenta un pequeño pero reiterado conjunto de movimientos, posturas y manifestaciones expresivas. Se incluyen aquí sólo aquellos estados de trance que son involuntarios o no deseados, que interfieren en la actividad cotidiana porque tienen lugar al margen (o son una prolongación de) ceremonias religiosas o culturales aceptadas.



No se incluyen aquí los estados de trance que se presentan en las psicosis esquizofrénicas o agudas con alucinaciones o ideas delirantes, o en la personalidad múltiple. No debe emplearse esta categoría si se piensa que el estado de trance está íntimamente relacionado con cualquier trastorno somático (tal como una epilepsia del lóbulo temporal o un traumatismo craneal) o con una intoxicación por una sustancia psicótropa.

#### **F44.4-F44.7 TRASTORNOS DISOCIATIVOS DE LA MOTILIDAD VOLUNTARIA Y DE LA SENSIBILIDAD (CIE-10)**

##### **Pautas para el diagnóstico**

- a) no debe haber evidencia de un trastorno somático y
- b) debe haber un conocimiento suficiente del entorno psicológico y social y de las relaciones interpersonales del enfermo para permitir una presunción razonable de los motivos de la aparición del trastorno.

El diagnóstico debe ser probable o provisional si hay alguna duda sobre el papel de un posible trastorno somático o si es imposible comprender por qué se han presentado los síntomas. En los casos confusos o no bien definidos, debe tenerse siempre en cuenta la posibilidad de la aparición posterior de una enfermedad somática o psiquiátrica graves.

#### **F44.4 TRASTORNOS DISOCIATIVOS DE LA MOTILIDAD (CIE-10)**

Las variedades más frecuentes son la pérdida de la capacidad de movimiento de la totalidad o de una parte de un miembro o miembros. La parálisis puede ser completa o parcial, con movimientos debilitados o lentos. Pueden presentarse distintos tipos y grados de falta de coordinación de movimientos (ataxia), en particular de las piernas, dando lugar a extraños modos de andar o a la incapacidad de permanecer en pie sin ayuda (astasia-abasia). Puede haber un parecido muy cercano a casi cualquier variedad de ataxia, apraxia, acinesia, afonía, disartria, discinesia, ataque o parálisis. Pueden aparecer también temblores o sacudidas exageradas de una o más extremidades o de todo el cuerpo.

#### **F44.5 CONVULSIONES DISOCIATIVAS (CIE-10)**

Los movimientos de las convulsiones disociativas pueden imitar a los ataques epilépticos, pero en las convulsiones disociativas la mordedura de la lengua, las contusiones debidas a las caídas y la incontinencia de orina son raras y no hay pérdida de la conciencia, sólo si acaso un estado de estupor o trance.

#### **F44.6 ANESTESIAS Y PÉRDIDAS SENSORIALES DISOCIATIVAS (CIE-10)**

Las áreas de anestesia de la piel suelen tener unos límites que hacen evidente que están más bien relacionadas con las ideas del enfermo sobre las funciones corporales que con los principios de la psicopatología de los síntomas somáticos. Puede haber también una discrepancia entre las pérdidas de modalidades sensoriales distintas que no puede explicarse por lesiones neurológicas. La pérdida sensorial puede acompañarse de parestesias.

En los trastornos disociativos la pérdida de la visión es rara vez total y las perturbaciones visuales más frecuentes son una pérdida de agudeza o una visión borrosa en general o





una "visión en túnel". A pesar de las quejas de pérdida visual, la movilidad general del enfermo y las funciones motrices aisladas suelen estar sorprendentemente bien conservadas.

La sordera disociativa y la anosmia son bastante menos frecuentes que la pérdida de sensibilidad cutánea o de la visión.

#### **F44.8 OTROS TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSIÓN) (CIE-10)**

##### **F44.80 SÍNDROME DE GANSER (CIE-10)**

Hay que codificar aquí el trastorno complejo, descrito por Ganser y caracterizado por pararrespuestas, por lo general acompañadas de varios otros síntomas disociativos, y que suelen presentarse en circunstancias que sugieren una etiología psicógena.

##### **F44.81 TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE (CIE-10)**

Este trastorno es raro, y no hay acuerdo sobre hasta qué punto es iatrogénico o propio de una cultura específica. El hecho esencial es la existencia aparente de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, y el que cada vez se manifiesta sólo una de ellas. Cada personalidad es completa, con sus propios recuerdos, comportamiento y preferencias, que pueden ser muy diferentes a los de la personalidad premórbida única.

En la forma común de dos personalidades, una personalidad domina pero nunca una tiene acceso a los recuerdos de la otra y casi siempre cada una ignora la existencia de la otra. Los cambios de una personalidad a la otra en la primera ocasión son súbitos, y están estrechamente relacionados con acontecimientos traumáticos. Los cambios siguientes se limitan a menudo a acontecimientos dramáticos o estresantes o se presentan durante las sesiones con un terapeuta que utiliza relajación, hipnosis o abreacción.

#### **F45 TRASTORNOS SOMATOMORFOS (CIE-10)**

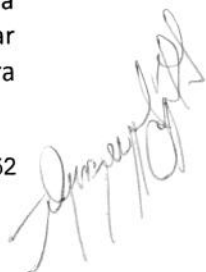
##### **F45.0 TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN (CIE-10)**

###### **Pautas para el diagnóstico**

- síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática que han persistido al menos durante dos años
- la negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas y
- cierto grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.

##### **F45.1 TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO (CIE-10)**

Esta categoría debe ser tenida en cuenta cuando las quejas somáticas sean múltiples, variables y persistentes, pero todavía no esté presente el cuadro clínico completo y característico del trastorno de somatización. Por ejemplo pueden faltar la forma insistente y dramática de quejarse, los síntomas pueden ser relativamente escasos o faltar el comportamiento individuales o familiar característicos. Puede o no haber motivos para



sospechar la existencia de un motivo psicológico, pero no debe existir una base somática que justifique los síntomas en los que se basa el diagnóstico psiquiátrico.

Si existe la posibilidad clara de un trastorno somático subyacente, o si la evaluación psiquiátrica no es completa en el momento de llevar a cabo la codificación del diagnóstico, debe recurrirse a otras las categorías diagnósticas.

#### **F45.2 Trastorno hipocondriaco (CIE-10)**

##### **Pautas para el diagnóstico**

- a) creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyacen al síntoma o síntomas presentes, aun cuando exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos o una preocupación persistente sobre una deformidad supuesto y
- b) negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad somática.

#### **F45.3 DISFUNCIÓN VEGETATIVA SOMATOMORFA (CIE-10)**

##### **Pautas para el diagnóstico**

- a) síntomas persistentes y molestos debidos a una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo, tales como palpitaciones, sudoración, temblor, rubor, etc.
- b) síntomas subjetivos referidos a un sistema u órgano específico
- c) preocupación y malestar acerca de la posibilidad de padecer una afectación grave (pero frecuentemente no específica) de un determinado órgano o, sistema que no logran alejar las repetidas explicaciones y garantías dadas por los médicos y
- d) la ausencia de una alteración significativa de la estructura o función de los órganos o sistemas afectados.

#### **F45.30 DEL CORAZÓN Y EL SISTEMA CARDIOVASCULAR (CIE-10)**

Incluye:

- neurosis cardíaca
- astenia neurocirculatoria
- síndrome de Da Costa

#### **F45.31 DEL TRACTO GASTROINTESTINAL ALTO (CIE-10)**

Incluye:

- neurosis gástrica
- aerofagia psicógena
- hipo psicógeno
- dispepsia psicógena
- piloroespasmo psicógeno

#### **F45.32 DEL TRACTO GASTROINTESTINAL BAJO (CIE-10)**

Incluye:

- flatulencia psicógena
- meteorismo psicógenos
- colon irritable psicógeno



diarreas psicógenas

#### **F45.33 DEL SISTEMA RESPIRATORIO (CIE-10)**

Incluye:

hiperventilación psicógena  
tos psicógena

#### **F45.34 DEL SISTEMA UROGENITAL (CIE-10)**

Incluye:

disuria psicógena  
poliquiuria psicógena  
vejiga nerviosa

#### **F45.4 TRASTORNO DE DOLOR SOMATOMORFO PERSISTENTE (CIE-10)**

La queja predominante es la persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. El dolor se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que el dolor está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y la atención que recibe el enfermo, por parte del médico, de otras personas, pero no siempre es así.

No deben incluirse aquí los dolores presumiblemente psicógenos que aparecen en el curso de trastornos depresivos o de esquizofrenia. No deben clasificarse aquí los dolores debidos a mecanismos psicofisiológicos conocidos o inferidos (como el dolor de tensión muscular o la migraña), en los que aún se presume un origen psicógeno, que deben codificarse de acuerdo con F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar) y un código adicional de otro capítulo de la CIE-10, por ejemplo, migraña (G43).

#### **F45.8 OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS (CIE-10)**

Se incluyen aquí también trastornos tales como:

- "globo histérico" (una sensación de tener un nudo en la garganta que causa disfagia) y otras formas de disfagia
- tortícolis psicógeno y otros trastornos y movimientos espasmódicos psicógenos (excluyendo el síndrome de Gilles de laTourette)
- prurito psicógeno (pero excluyendo lesiones específicas de la piel tales como alopecia, dermatitis, eczema o urticaria, que tengan un origen psicógeno (F54)
- dismenorrea psicógena (excluyendo dispareunia (F52.6) y frigidez (F52.0) y e) rechinar de dientes.

#### **F48 OTROS TRASTORNOS NEUROTICOS (CIE-10)**

##### **F48.0 NEURASTENIA (CIE-10)**

##### **Pautas para el diagnóstico**

- quejas continuas de un molesto cansancio progresivo tras un esfuerzo mental o quejas continuas de una molesta debilidad física y agotamiento tras esfuerzos mínimos
- dos o más de las siguientes



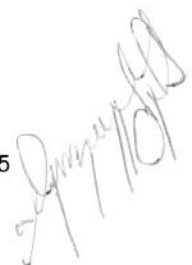
- a) sensación de dolor y molestias musculares,
  - b) mareos,
  - c) cefaleas de tensión,
  - d) trastornos del sueño,
  - e) incapacidad para relajarse,
  - f) irritabilidad o
  - g) dispepsia y
- c) además, si estuvieran presentes de síntomas vegetativos o depresivos, no son lo suficientemente persistentes o graves como para satisfacer las pautas de uno de los trastornos específicos de esta clasificación.

#### F48.1 TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN-DESREALIZACIÓN (CIE-10)

##### Pautas para el diagnóstico

Para hacer un diagnóstico preciso deben estar presentes al menos una de las características una y dos además de la tres y la cuatro:

- a) síntomas de despersonalización tales como que el enfermo siente que sus propias sensaciones o vivencias se han desvinculado de sí mismo, son distantes o ajenas, se han perdido, etc.
- b) síntomas de desrealización tales como que los objetos, las personas o el entorno parecen irreales, distantes, artificiales, desvaídos, desvitalizados, etc.
- c) el reconocimiento de que se trata de un cambio espontáneo y subjetivo y no ha sido impuesto por fuerzas externas o por otras personas (persiste una adecuada conciencia de enfermedad) y
- d) claridad del sensorio y evidencia de que no se trata de un estado tóxico confusional o de una epilepsia.

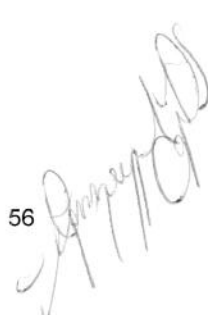


**ANEXO N°02**  
**ESCALA ACE<sup>19</sup>**

ESCALA ACE			
Mientras crecías , durante los primeros 18 años de tu vida :			
1	Tus padres o algún otro adulto en tu hogar a menudo o muy frecuentemente... te maldijo, te insulto, te humillo? O actuó en alguna manera que te hizo sentir que podrías ser físicamente herido?	SI	NO
2	Tus padres u otros adultos en tu hogar a menudo o muy frecuentemente... te empujo, sujeto, abofeteo, o te arrojó algún objeto? O alguna vez te golpearon tan fuerte que te dejaron marcas en el cuerpo o terminas herido?	SI	NO
3	Algún adulto al menos 5 años mayor que tu alguna vez, te toco o toqueteo o tuviste que tocar su cuerpo de una manera sexual? O intento o logro tener sexo oral, o coito vaginal, o anal contigo?	SI	NO
4	A menudo o con mucha frecuencia sentiste que... nadie en tu familia te amaba o pensaste que no eras especial o importante? O tu familia no se preocupaban o cuidaban uno a otro, no eran unidos o no se apoyaban mutuamente?	SI	NO
5	A menudo o con mucha frecuencia haz sentido que .... No tuvieras lo que comer, tuvieras solo ropa sucia para vestir, y no tuvieras nadie que te proteja? O tus padres bebían o consumían drogas tanto como para no poder cuidarte, o llevarte aun doctor si lo necesitaras?	SI	NO
6	Tu padres estaban separados o divorciados?	SI	NO
7	Tu madre y tu madrastra: a menudo o con frecuencia te empujaba, te sujetaba, te abofeteaba, o te arrojaba algún objeto? O a veces, a menudo o con frecuencia te golpeaban, te pateaban, o te golpeaban con algo muy duro? O en repetidas ocasiones te golpearan unos minutos o te amenazaran con un arma o un cuchillo?	SI	NO
8	Viviste con alguien que tuviera un problema con la bebida o al alcohol o usara alguna droga?	SI	NO
9	Estaba algún miembro de tu hogar deprimido o mentalmente enfermo, o algún miembro de tu hogar intento suicidarse?	SI	NO
10	Algún miembro de tu familia estuvo en prisión?	SI	NO

**Basado en: Felitti, Vincent J et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. American Journal of Preventive Medicine, 1998. Volume 14 , Issue 4 , 245 - 258**

**Adaptado y Traducido por: Elizabeth Verónica Valdivia Márquez**



SCREENING DE PATOLOGÍA ANSIOSA O PSICOTRAUMÁTICA<sup>27</sup>

SCREENING NEUROSIS
<b>TRASTORNO DE PÁNICO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Tiene episodios / hechizos / ataques repentinos de miedo o incomodidad intensos inesperados o inesperados? <b>Si respondió "SÍ", continúe</b></li><li>• ¿Has tenido más de uno de estos ataques?</li><li>• ¿La peor parte de estos ataques generalmente alcanza su punto máximo en varios minutos?</li><li>• ¿Alguna vez ha tenido uno de estos ataques y pasó el siguiente mes o más viviendo con el temor de tener otro ataque o preocuparse por las consecuencias del ataque?</li></ul>
<b>TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿El miedo a la vergüenza te hace evitar hacer cosas o hablarle a la gente?</li><li>• ¿Evitas actividades en las que eres el centro de atención?</li><li>• ¿Se siente avergonzado o se ve estúpido entre tus peores miedos?</li></ul>
<b>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Durante las últimas 4 semanas, ¿le ha molestado sentirse preocupado, tenso o ansioso la mayor parte del tiempo?</li><li>• ¿Suele estar tenso, irritable y tiene problemas para dormir?</li></ul>
<b>TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Ha experimentado o visto un evento traumático o que pone en peligro la vida, como una violación, un accidente, alguien herido o asesinado gravemente, una agresión, un desastre natural o provocado por el hombre, una guerra o tortura? <b>Si respondió "SÍ", continúe</b></li><li>• ¿Vuelve a experimentar el evento con formas perturbadoras (perturbadoras) como sueños, recuerdos intrusivos, escenas retrospectivas o reacciones físicas a situaciones que le recuerdan el evento?</li></ul>

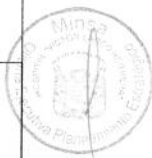
**Basado en:** Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. *Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders.* BMC Psychiatry. 2014;14(Suppl 1):S1.

**Adaptado y Traducido por:** Donald Jack Briam Cabrera Astudillo



**ANEXO N° 03  
ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON<sup>28,40,41</sup>**

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	0	1	2	3	4
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasarse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4



<b>ANSIEDAD PSÍQUICA</b>		<b>ANSIEDAD SOMÁTICA</b>		<b>TOTAL</b>	
--------------------------	--	--------------------------	--	--------------	--






PER

MINISTERIO  
DE SALUD

Hospital Nacional  
"Víctor Larco Herrera"



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

**Población diana:** Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

### Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

### Basada en:

*Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol 1959; 32:50-55.*

*Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. Br j Psychiatry. 1969; 3: 76 - 79.*

*Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica 2002. 118(13): 493-9.*



**ANEXO N° 04  
ESCALA PCL-C/SR PARA TEPT<sup>30</sup>**

**INSTRUCCIONES:** Abajo se encuentra una lista de problemas y preocupaciones que a veces presentan las personas después de que han tenido una experiencia estresante. Por favor lea/escuche cada uno detenidamente, luego circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto ese problema lo/la ha molestado (afectado) en el último mes.

PCL-C/SR	Para nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
1. ¿Ha tenido memorias, pensamientos, o imágenes repetitivas e inquietantes/perturbadores de una experiencia estresante del pasado?	1	2	3	4	5
2. ¿Ha tenido sueños repetitivos e inquietantes de una experiencia estresante del pasado?	1	2	3	4	5
3. ¿Ha sentido o actuado como si súbitamente, la experiencia estresante estuviera ocurriendo nuevamente (como si usted la estuviera reviviendo)?	1	2	3	4	5
4. ¿Se ha sentido muy molesto(a) cuando algo le recordó una experiencia estresante del pasado?	1	2	3	4	5
5. ¿Ha tenido reacciones físicas (e.j. palpitaciones/se le aceleraron los latidos del corazón, dificultades para respirar, transpirar/sudoración) cuando algo le recordó una experiencia estresante del pasado?	1	2	3	4	5
6. ¿Ha evitado pensar o hablar acerca de una experiencia estresante del pasado, o ha evitado tener sentimientos relacionados con ella?	1	2	3	4	5
7. ¿Ha evitado actividades o situaciones porque le recuerdan una experiencia estresante del pasado?	1	2	3	4	5
8. ¿Ha tenido dificultades para recordar partes importantes de una experiencia estresante del pasado?	1	2	3	4	5
9. ¿Ha perdido interés en actividades de las que antes disfrutaba?	1	2	3	4	5
10. ¿Se ha sentido distante o desvinculado/alejado(a) de la gente?	1	2	3	4	5
11. ¿Se ha sentido emocionalmente adormecido(a) o incapaz de tener sentimientos amorosos con las personas cercanas a usted?	1	2	3	4	5
12. ¿Ha sentido como si su futuro de alguna manera se acortará (restringiera)?	1	2	3	4	5
13. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño (quedarse dormido) o para permanecer dormido?	1	2	3	4	5
14. ¿Se ha sentido irritable ha tenido explosiones de ira (rabia, enojo)?	1	2	3	4	5
15. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	1	2	3	4	5
16. ¿Ha estado extremadamente alerta, en guardia o en estado de vigilancia?	1	2	3	4	5
17. ¿Se siente en alerta o fácilmente sobresaltado(a)?	1	2	3	4	5

**TOTAL**





PER

MINISTERIO  
DE SALUD

Hospital Nacional  
"Víctor Larco Herrera"



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

*Desarrollado por el Centro de Trauma Violento en la Infancia de la Universidad de Yale  
Traducción y adaptación al español por Carmen Rosa Noroña MSW, Ms.Ed., CEIS y María  
Carolina Velasco-Hodgson MSW. 2014*

#### PUNTUACIÓN DE LA ESCALA PCL-C/SR PARA TEPT

Puntaje Total: Sumatoria de todos los enunciados (51+ asociado con TEPT)

**Re-experimentación:** Sumatoria de los enunciados 1, 2, 3, 4, 5

- Probable: uno o más enunciados con puntaje 3+

**Evitación:** Sumatoria de los enunciados 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

- Probable: tres o más enunciados con puntaje 3+

**Aumento de la activación:** Sumatoria de los enunciados 13, 14, 15, 16, 17

- Probable: dos o más enunciados con puntaje 3+

*Basado en: Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP & Schnurr, PP (2013). The  
PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5).*





**ANEXO N° 05**  
**PROTOCOLO DE TERAPIA DE EXPOSICIÓN PARA TRAUMA SIMPLE**  
*Adaptado por Dr. Danny Brom. Gafnit Aghassy, MA*  
*Traducido: Elizabeth Verónica Valdivia Márquez*  
*Colaboración: Adrián Arévalo Alván*

Sesión 1

- Introducción general
  - Quien es la persona que está sufriendo- la razón de la remisión
  - Que sucedió (la historia del evento traumático en general)
- Tarea: llenar el cuestionario en casa.

Sesión 2

- Consultas respecto al cuestionario y sensaciones corporales
  - Anamnesis, actual relación, recursos
  - Anamnesis de traumas previos y evaluación de la conexión entre los varios traumas
  - Ejercicios de respiración I
- Tarea: practicar respiraciones.

Sesión 3

- Entrevista clínica
  - Revisión de la tarea, ejercicios de respiración II
- Tarea: continuar practicando respiración

Sesión 4

- Si hay participantes y otros compañeros de vida, se le sugiere invitarlo a una de las reuniones.
  - Respiración- revisión de tarea
  - Compartir en diagnóstico de TEPT con el paciente
  - Compartir los síntomas del diagnóstico de TEPT y repartir hojas con explicaciones acerca del tema de los pacientes y a la familia.
  - Explicar las razones fundamentales de la terapia.
- Tarea: enseñar y practicar Jacobson

Sesión 5

- Revisión de la tarea ( respiración y relajación)
  - Pensamientos desde la última reunión
  - Explicación en vivo de la exposición
  - Empezar a crear una lista de situaciones que se evitan.
  - Escoger el primer tema para un plan de exposición in vivo.
- Tarea: relajación, exposición, completar una lista y situaciones que evita.

Sesión 6

- Revisión de tarea (relajación , lista de situaciones de evitación, exposición in vivo)
  - Explicación racional de la exposición imaginaria
  - Jerarquización de exposición imaginaria
  - Relajación
  - Escoger el siguiente tema para la exposición in vivo
- Tarea: exposición in vivo, practicar relajación.



### Sesión 7

- Revisión de tarea (relajación , exposición in vivo)
- Continuar con la jerarquización, escoger el primer tema para la exposición imaginaria
- Exposición imaginaria, discusión de consecuente- significados , atribuciones y cambios
- Relajación
- Escoger el siguiente tema para exposición in vivo.  
Tarea: exposición in vivo, practicar relajación, PDS

### Sesión 8 -10

- Revisión de la tarea ( relajación, exposición in vivo, PDS)
- Continuar exposición imaginaria, y en sesión 10 se realiza la revisión de la historia entera.
- Notas clínicas de problemas cognitivos para un proceso posterior
- Lista de problemas cognitivos que podrán ser dirigidos en la siguiente etapa
- Relajación
- Escoger el siguiente tema para la exposición in vivo.  
Tarea: exposición in vivo, practica relajación.

### Sesión 11-13

- Revisión de tarea (relajación, exposición in vivo)
- Evaluar la importancia del evento en términos de percepción del yo, otro, y del mundo.
- Tratamiento de los problemas cognitivos ( problemas como la culpa, ira, etc, que aun resultan molestos)
- Evaluar y reajustar el seguimiento de la vida diaria después del trauma y su procesamiento (por ejemplo, funcionalidad en casa, retorno al trabajo, resumiendo una vida social activa, etc.) y donde será necesario tratar el problema que surja.
- Escoger el siguiente tema para la exposición in vivo.  
Tarea: exposición in vivo, practica de relajación

### Sesiones 14-15

- Imaginería guiada respecto a un futuro
- Llenar cuestionarios una vez más (tarea)
- Resumir los logros de la terapia (consolidación)
- Terminar la terapia



ANEXO N°06

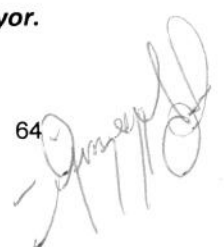
MEDICAMENTOS PARA EL MANEJO DE TRASTORNOS ANSIOSOS Y PSICOTRAUMÁTICOS<sup>42,43,44</sup>

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS INICIAL		INTERACCIONES
	DOSIS INICIAL	DOSIS HABITUAL	
<b>TRICICLICOS</b>			Generalmente efectos aticolinérgicos (sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria, constipación). Puede aumentar el intervalo QT. Valorar función cardíaca (ECG) alcanzando dosis efectivas. Su sobredosis puede ser fatal; valorar riesgo suicida.
Amitriptilina	25	100-300	
Clomipramina	25	100-250	
Imipramina	25	100-300	
Trazodona	50	100-300	
<b>ISRS</b>			Son mejor toleradas que los tricíclicos y son mejores tolerados en sobredosis. Los de vida media corta pueden generar síntomas de discontinuación en la suspensión abrupta. Valorar presencia de insomnio/sedación para determinar el horario de ingesta. Contraindicados en glaucoma.
Citalopram	20	20-60	
Escitalopram	10	10-20	
Fluoxetina	20	20-60	
Fluvoxamina	50	50-300	
Paroxetina	20	20-60	
Setralina	50	50-200	
<b>AGONISTA 5HT</b>			Escasa información e la efectividad a corto y largo plazo
Buspirona	5	10	
<b>IRSN</b>			Venlafaxina: las dosis altas pueden generar hipertensión.
Venlafaxina	37.5	75-225	
Duloxetina	60	60-120	
<b>ESTABILIZADORES</b>			Pueden inhibir la agregación plaquetaria. Pueden producir mareos y somnolencia. Pueden acelerar el metabolismo hepático de benzodiazepinas, ISRS y antipsicóticos.
Divalprato	500	1000-1500	
Carbamazepina	100	400-800	
<b>MODULADOR NS</b>			Cuenta con gran potencial sedante, útil en insomnio. El uso concomitante con otros antidepresivos puede generar toxicidad.
Mirtazapina	15	15-45	
IMAO			
Moclobemida	150	300-600	
<b>BENZODIAZEPINAS</b>			No son fármacos de uso rutinario o de primera línea. Eficaces para tratar síntomas muy intenso. Se recomienda el uso por breves periodo de tiempo. El uso crónico puede generar alteraciones en la concentración y la memoria. Cuenta con potencial adictivo.
Alprazolam	0.25	0.5-2	
BRomazepam	1.5	3-6	
Clonazepam	0.5	2-6	
Diazepam	5	10-30	
Loazepam	1	2-6	
<b>ANTIPSIKÓTICOS</b>			No son fármacos de primera línea. Su uso se ha relacionado con aumento de peso y presencia de Diabetes Mellitus (Quetiapina y Olanzapina). Riesgo de presentar SEP (Risperidona).
Queiapina	12.5	12.5-100	
Olanzapina	2.5	5	
Risperidona	1	2	
<b>ANTICOMISIALES</b>			Su eficacia a largo plazo está en investigación.
Gabapentna	150	300-900	
Pregabalina	75	300-600	
<b>β-BLOQUEADORES</b>			Evitar su uso en pacientes con asma, insuficiencia cardíaca, y enfermedad vascular periférica. Útiles para mitigar síntomas neurovegetativos.
Propranolol	10	20-80	
Atenolol	25	50-100	
<b>α-ADRENÉRGICOS</b>			No empeora la resistencia a la insulina. Puede disminuir la presión arterial.
Prazosina	1	2.5-14	

Basado en: Heinze G, Camacho PV. (2010). *Guía clínica para el Manejo de Ansiedad*. Ed. S Bernzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).  
*Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en el Adulto Mayor*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011.



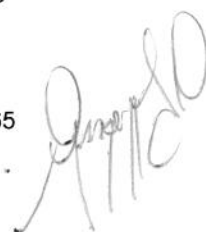
64





**X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. OMS (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra, Suiza
2. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington: OPS-OMS; 1997. p. 1-31.
3. Rumble S, Swartz L, Parry C, Zwarenstein M. Prevalence of psychiatric morbidity in the adult population of a rural South African village. *Psychological Medicine* 1996;26:997-1007.
4. de Almeida JMC, Horvitz-Lennon M (2010). Mental health care reforms in Latin America: an overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatric Services* 61, 218-221.
5. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(4/5):229-40.
6. Chisholm D, Sekar K, Kumar K, Saeed S, James S, Mubbashar M, et al. Integration of mental health care into primary care. Demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *British Journal of Psychiatry* 2000;176:581-8
7. Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L. & Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry* 154, 1114-1119.
8. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52, 1048-1060.
9. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychol Med*. 2006;36(11):1523-33.
10. Ribeiro WS, Mari JdJ, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, et al. (2013) The Impact of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS ONE* 8(5): e63545. doi:10.1371/journal.pone.0063545
11. Medina, Ma. Elena; Borges, Guilherme; Lara, Carmen; Benjet, Corina; Blanco, Jerónimo; Fleiz, Clara; Villatoro, Jorge; Rojas, Estela; Zambrano, Joaquín; Casanova, Leticia; Aguilar, Sergio Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México *Salud Mental*, vol. 26, núm. 4, agosto, 2003, pp. 1-16
12. Minobe K, Perales A, Sogi C, Warthon D, Llanos R, Sato T. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú). *Anales de Salud Mental* 1990;6:9-20.
13. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico de salud mental en Ayacucho 2003. *Anales de Salud Mental*. 2004;20(1-2):1-199.
14. Instituto Nacional de Salud Mental. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos psiquiátricos en el Perú urbano: Estudio epidemiológico en ciudades de la costa, sierra y selva del Perú. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental; 2012.
15. Davis K L, Panksepp J & Normansell L. (2003). The affective neuroscience personality scales: Normative data and implications, *Neuro-Psychoanalysis* 2003; 5(1), p. 57-69.
16. Van Der Hart O, Nijenhuis E & Steel K. Disociación: Una característica principal del TEPT complejo insuficientemente reconocida. *Journal of Traumatic Stress* 2005, 18, p. 413-423.
17. Misslin R. The defense system of fear: behavior and neurocircuitry. *Neurophysiologie clinique* .2003;33(2):55-66.
18. Van Der Hart O, Nijenhuis E & Steele K. El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica. 2ª ed. España: Biblioteca de psicología; c2008. p. 27-29
19. Felitti, Vincent J et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 1988. Volume 14, Issue 4, 245 - 258
20. Ibid. Van Der Hart O, Nijenhuis E & Steele K. El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica. 2ª ed. España: Biblioteca de psicología; c2008. p. 175-176





21. Van Der Hart O, Van Dijke A, Van Son M. Somatoform Dissociation in Traumatized World War I Combat Soldiers: A Neglected Clinical Heritage. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2000, 1(4), p.33-66.
22. Nijenhuis, E, Van Der Hart O., Kruger K. & Steele K. Somatoform dissociation, reported abuse and animal defence-like reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004, 38: 678-686
23. Ibid. Van Der Hart O, Nijenhuis E & Steele K. El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica. 2ª ed. España: Biblioteca de psicología; c2008. p. 156-167
24. Van Der Hart O, Nijenhuis E & Steele K. *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica. 2ª ed. España: Biblioteca de psicología; c2008. p.169*
25. *Guía de Práctica Clínica Diagnósticos y Tratamientos de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México. 2010*
26. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid. 2008*
27. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14(Suppl 1):S1.
28. Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety. In *Studies of Anxiety*, Lander, MH. *Brit J Psychiat Spec Pub* 1969; 3:76-79.
29. Conde V, Franch JL. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid. Laboratorios Upjohn, 1984.
30. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP & Schnurr, PP (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5).
31. Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
32. Figueroa RA, Cortés PF, Accatino L, Sorensen R. Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Rev Med Chile* 2016; 144: 643-655
33. Guina J, Rossetter SR, DeRHODES BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psychiatr Pract*. 2015 Jul;21(4):281-303
34. Basado en: Breathing Exercises to Prevent Hyperventilation of Gafnit Aghassy, M.A.
35. Briere J, Lanktree CB. Treating Substance Use Issues in Traumatized Adolescents and Young Adults: Key Principles and Components. University of Southern California. Los Ángeles, California. 2016.
36. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008.
37. Steele K, Boon S & Van Der Hart O. TREATING TRAUMA-RELATED: A Practical, Integrative Approach. 1st Ed. New York. W.W. Norton & Company. 2017
38. *The Management of Posttraumatic Stress Disorder Work Group. (2017) VA/DOD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE MANAGEMENT OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND ACUTE STRESS DISORDER. Version 3.0. Washington DC.*
39. OMS (1992), CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor.
40. Hamilton, M. *The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol* 1959; 32:50-55.
41. Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica* 2002. 118(13): 493-9.
42. Heinze G, Camacho PV. (2010). *Guía clínica para el Manejo de Ansiedad. Ed. S Bernzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).*





PER

MINISTERIO  
DE SALUD

Hospital Nacional  
"Víctor Larco Herrera"



43. *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en el Adulto Mayor. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011.*
44. *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en el Adulto. México: Secretaría de Salud, 2010.*

