

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

GUÍA DE PRACTICA CLINICA **GPC**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Diagnóstico y Manejo del **ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

**Evidencias y recomendaciones**

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-515-11**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.  
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC  
© Copyright CENETEC

Editor General  
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático**. México: Secretaría de Salud, 2011

Esta guía puede ser descargada de Internet en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)

## CIE-10: F43.1 Estrés Postraumático

### GPC: Diagnóstico y Manejo del estrés postraumático

#### AUTORES Y COLABORADORES

##### Coordinadores:

Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Medicina Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefa de Área de Desarrollo de GPC. División de Excelencia Clínica. CUMAE	Sistema Nacional de Investigadores NI
-------------------------------------	-------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

##### Autores:

Dr. Alejandro Córdoba Castañeda	<Psiquiatría>	<Instituto Mexicano del Seguro Social>	<Médico Adscrito al Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H Tovar Acosta>	<Asociación Psiquiátrica Mexicana>
Psicóloga Patricia Galindo Zamitis	Psicología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrita al Hospital de Psiquiatría Morelos	
Dr. Mayra Hernández Chavez	Psiquiatría Infantil	<Instituto Mexicano del Seguro Social>	<Médica Adscrita al Hospital de Psiquiatría Morelos>	<Asociación Psiquiátrica Mexicana>
Dr. Eduardo Cuauhtémoc Platas Vargas	Psiquiatría	<Instituto Mexicano del Seguro Social>	<Médico Adscrito al Hospital de Psiquiatría Morelos>	<Asociación Psiquiátrica Mexicana>
Dr. Wascar Verduco Fragoso	Psiquiatría	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta	<Asociación Psiquiátrica Mexicana>

##### Validación interna:

Dr. Juan Pablo Fernández Hernández	Psiquiatría	Instituto Mexicano del Seguro Social	<Médico Adscrito al Hospital General de Zona #25 Delegación Norte DF.>	<Asociación Psiquiátrica Mexicana>
------------------------------------	-------------	--------------------------------------	--	------------------------------------

## ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES .....	3
1. CLASIFICACIÓN.....	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA .....	6
3. ASPECTOS GENERALES .....	7
3.1 ANTECEDENTES.....	7
3.2 JUSTIFICACIÓN.....	8
3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA .....	8
3.5 DEFINICIÓN .....	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	10
4.1 FACTORES PREDICTORES PARA EL DESARROLLO DE TEPT.....	11
4.2 COMO DECIDIR LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO INICIAL .....	13
4.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ADULTOS.....	14
4.3.1 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN ADULTOS .....	18
4.3.2 TEPT EN NIÑOS Y ADOLESCENTES .....	20
5. ANEXOS.....	25
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	25
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN .....	27
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	29
5.4 MEDICAMENTOS.....	32
5.5 ALGORITMOS.....	39
6. GLOSARIO.....	42
7. BIBLIOGRAFÍA.....	45
8. AGRADECIMIENTOS. ....	47
9. COMITÉ ACADÉMICO. ....	48
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	49
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	50

# 1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo Maestro: IMSS-515-11	
<b>Profesionales de la salud.</b>	Médico Psiquiatra, Psicología,
<b>Clasificación de la enfermedad.</b>	CIE-10: F43.1 Trastorno de Estrés Postraumático DSM-IV 309.81
<b>Categoría de GPC.</b>	Detección, Diagnóstico y manejo en los tres niveles de atención
<b>Usuarios potenciales.</b>	Médico familiar, médico psiquiatra, médicos de otras especialidades, psicólogos, trabajadora social, enfermeras, psicoterapeutas, promotores de salud
<b>Tipo de organización desarrolladora.</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Población blanco.</b>	Niños, adolescentes y adultos
<b>Fuente de financiamiento / patrocinador.</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Intervenciones y actividades consideradas.</b>	Identificación de población susceptible, evaluación clínica, mediante los criterios del DSM-IV-TR o los CDI-10, escalas de autoaplicación (Davidson, CAPS, TOP8, Escala de Síntomas de TEPT en niños) entrevistas clínicas estructuradas (Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional, K-SADS) Tratamiento no farmacológico y Tratamiento farmacológico
<b>Impacto esperado en salud.</b>	Identificación, diagnóstico y tratamiento oportuno, disminución de la comorbilidad, complicaciones y cronicidad
<b>Metodología<sup>a</sup>.</b>	<Adopción de guías de práctica clínica ò elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.>
<b>Método de validación y adecuación.</b>	Enfoque de la GPC: <enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación> Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. <especificar cuáles se utilizaron, de las siguientes: Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o ó compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Búsqueda manual de la literatura.> Número de fuentes documentales revisadas: 23 Guías seleccionadas: <2> Revisiones sistemáticas: <3> Ensayos controlados aleatorizados: <10 Reporte de casos: <5> Otras fuentes seleccionadas: <3>
<b>Método de validación</b>	Validación del protocolo de búsqueda: <IMSS Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: <institución que validó por pares> Revisión institucional: <Institución que realizó la revisión> Validación externa: <institución que realizó la validación externa> Verificación final: <institución que realizó la verificación>
<b>Conflicto de interés</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
<b>Registro y actualización</b>	Catálogo maestro <b>IMSS-515-11</b>

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: [WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX](http://WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX)

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cómo se define el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)?
2. ¿Cuál es la incidencia del Trastorno por Estrés Postraumático?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo para el Trastorno por Estrés Postraumático?
4. ¿Qué eventos o circunstancias son los que desencadenan con mayor frecuencia el TEPT?
5. ¿Cuáles son las características clínicas del TEPT?
6. ¿Cuáles son las diferencias de presentación del TEPT entre niños y adultos?
7. ¿Cuál es la comorbilidad más frecuente del TEPT?
8. ¿Cuál es el diagnóstico diferencial del TEPT?
9. ¿Cuál es el tratamiento no farmacológico del TEPT?
10. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico del TEPT?
11. ¿Cuáles son los factores predictivos de cronicidad y respuesta al tratamiento en el manejo del TEPT?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 ANTECEDENTES

Los trastornos de ansiedad son los padecimientos psiquiátricos más frecuentes, con una prevalencia de 25%, con una mayor proporción en mujeres y en niveles socioeconómicos y educativos medios y bajos (Kesler y cols., 1994). Suelen coexistir con problemas depresivos, lo que dificulta el diagnóstico, el tratamiento y hace menos favorable el pronóstico.

Una persona se enfrenta a diversos estímulos nocivos que pueden ser experimentados como catastróficos, estos causan un nivel excesivo de estrés y se convierten en eventos traumáticos, los cuales no son fáciles de superar, por lo que tienen efectos devastadores en el bienestar mental y físico.

En la literatura el estrés es definido como un proceso en el cual las demandas del medio ambiente exceden la capacidad de adaptación del individuo, provocando cambios psicológicos y biológicos que aumentan el riesgo de enfermar.

El individuo habitualmente tiene un estrés que le permite ser funcional, si se intensifica puede tener un efecto positivo o negativo. Este resultado dependerá de factores individuales, de la situación y de las experiencias previas (Wheaton B, 1995). Cuando un evento supera la capacidad individual para hacerle frente, se genera una crisis.

El trastorno por estrés agudo se presenta por la exposición a una situación o evento amenazante, causando una serie de síntomas y el consecuente deterioro psicológico y social. Esta condición pone en riesgo al paciente de desarrollar el trastorno de estrés posttraumático (Difede, 2007)

El Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) fue acuñado oficialmente en el año 1980 en la tercera versión del Manual diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM- III) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y colocado dentro de los trastornos de ansiedad.

Se estima que un 50 a 90% de la población general ha estado expuesta a eventos traumáticos alguna vez en su vida. No obstante muchos de los sujetos expuestos no desarrollarán TEPT. (Robert J. Ursano, 2005.) En USA la prevalencia de TEPT de acuerdo con la National Comorbidity Survey es de 7.8% y a nivel mundial se ha estimado que es del 8%. Esta prevalencia es mayor en sujetos expuestos a violencia sexual, o a eventos relacionados con desastres naturales. La prevalencia es mayor en mujeres que en hombres. (Robert J. Ursano, 2005)

En México los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) reportan una prevalencia de 1.45%, con una mayor prevalencia en mujeres (2.3%) y de 0.49% en hombres. (Medina-Mora et al, 2005) La Encuesta de Salud Mental Adolescente estima una prevalencia de TEPT en población de 12 a 17 años de 0.3 % en hombres y de 1.7% en mujeres. (Benjet C, 2009)

### 3.2 JUSTIFICACIÓN

El TEPT constituye un problema de salud pública por las implicaciones sociales y económicas que genera, al afectar la funcionalidad para las actividades cotidianas, laborales y familiares.

Los resultados de la ENEP muestran que el total de días con discapacidad en el último año fue de 21.4 por persona. Lo que representa un costo económico importante. De la población que presenta Trastorno por estrés posttraumático, el 13.9% solicita atención médica y de este grupo 6.6% con el Médico General o especialista no Psiquiatra y el 7.3% con un especialista relacionado con la Salud Mental

Considerando la edad de inicio del trastorno, los momentos de mayor actividad con relación a los síntomas son después de los 60 años, entre los 25 y 35 años, alrededor de los 20 años y en la infancia. (Medina-Mora et al, 2003)

### 3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **<Diagnóstico y Manejo del Estrés Posttraumático>**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primero, segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Identificación de la población vulnerable de presentar el TEPT
2. Establecer los criterios para el diagnóstico oportuno del TEPT
3. Definir los esquemas terapéuticos más efectivos para el TEPT

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.5 DEFINICIÓN

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo. El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses. El curso es fluctuante pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos el trastorno puede tener un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad. (CIE-10)

El Trastorno de Estrés Posttraumático se caracteriza por estar desencadenado por la exposición a una o más experiencias traumáticas y el paciente presentan un deterioro significativo del funcionamiento social, escolar o laboral y personal. El concepto de TEPT ha evolucionado desde la idea de una reacción que sucede universalmente hasta la visión del trastorno como un tipo específico de respuesta a un evento que ocurre en ciertas circunstancias.

EL TEPT se desarrolla después de la exposición a un estresor amenazante, es una intensa respuesta física y emocional en la que se recuerda el evento, puede durar muchas semanas o meses después del trauma.

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de éstos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	la [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

#### 4.1 FACTORES PREDICTORES PARA EL DESARROLLO DE TEPT

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Para determinar si algunos factores pueden ser predictores del desarrollo o cronicidad del TEPT, se requieren de estudios longitudinales grandes. Los estudios hasta ahora no permiten determinar la naturaleza de la relación con TETP es decir, cuando son causa del desarrollo o de la cronicidad.</p> <p style="text-align: right;"><b>C</b> <i>NICE, 2005</i></p>
	<p>Los factores de riesgo que se han considerado pueden desencadenar un TETP son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sexo</li> <li>➤ Edad en la que se presenta el Trauma</li> <li>➤ Escolaridad</li> <li>➤ Coeficiente intelectual</li> <li>➤ Etnicidad</li> <li>➤ Antecedentes personales de historia psiquiátrica</li> <li>➤ Reporte de abuso en la niñez o de otros eventos adversos</li> <li>➤ Historia familiar de enfermedad psiquiátrica</li> <li>➤ Severidad del Trauma</li> <li>➤ Estrés postraumático</li> <li>➤ Apoyo social post-trauma</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>III-IV</b> <i>NICE, 2005</i></p>

**E**

El TEPT es una condición potencialmente discapacitante. Los estudios han mostrado que algunos sujetos tienen más probabilidad que otros de desarrollar un TEPT después de haber estado expuestos a eventos traumáticos

**IV**  
*NICE, 2005*

**R**

En situaciones de desastres naturales o de eventos traumáticos masivos o individuales es importante considerar la aplicación de un instrumento breve para la detección de TEPT al mes de haberse presentado el evento traumático

**C**  
*NICE, 2005*

**R**

Es importante considerar en los asilos, o lugares de refugio la instrumentación de programas de evaluación de salud mental y la aplicación de escalas breves de identificación de TEPT.

**C**  
*NICE, 2005*

**E**

Los eventos traumáticos más frecuentes son:

1. Amenaza, acoso sexual por vía telefónica
2. Violación
3. Presenciar actos violentos
4. Ataque físico
5. Accidentes
6. Combate bélico

**III**  
**E:[Shekelle]**  
*Palacios, 2002*

**E**

Para las mujeres se han reportado:  
Historia de abuso físico (38.5%)  
Víctimas de abuso sexual (32%)

**III**  
**E:[Shekelle]**  
*Palacios, 2002*

## 4.2 COMO DECIDIR LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO INICIAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p><b>E</b></p>	<p>En sujetos con TEPT la evidencia de ensayos clínicos controlados, aleatorizados, apoyan el inicio del tratamiento con estrategias psicoterapéuticas y el uso de Inhibidores secundarios de recaptura de serotonina (ISRS) como primera línea de tratamiento. Con relación a la psicoterapia la terapia cognitivo conductual y la desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (DRMO) han mostrado ser efectivas para la disminución de los síntomas y prevención de recurrencias.</p>	<p><b>A</b>  <i>Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. APA Practice Guidelines, 2004</i>  <b>1a</b>  <b>E:Shekelle</b>  <i>Lakshmi, 2009</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>La presencia de comorbilidad psiquiátrica es un aspecto que deberá guiar la intervención inicial. Algunos estudios han mostrado que los sujetos con depresión tienen un riesgo mayor de exposiciones posteriores a un evento traumático .(violencia doméstica)</p>	<p><b>A</b>  <i>Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. APA Practice Guidelines, 2009</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>Se ha observado que la respuesta al tratamiento difiere dependiendo del tipo de trauma experimentado (ejem. trauma agudo, exposición continua o acumulativa, desastres naturales, evento traumático individual o comunitario, presencia o ausencia de daño físico además del tiempo transcurrido entre el evento y el inicio del tratamiento.</p>	<p><b>A</b>  <i>Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. APA Practice Guidelines, 2009</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>Las estrategias terapéuticas para los síntomas que ocurren entre 1 y 3 meses después del evento son diferentes de las que pueden ser utilizadas en aquellos cuyos síntomas se presentan o remiten después de los 3 meses de la exposición al evento traumático.                      Se considera que durante los primeros tres meses después del evento traumático la recuperación es casi la regla general.</p>	<p><b>A</b>  <i>Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. APA Practice Guidelines, 2009</i></p>

**R**

Elaborar un plan de manejo considerando las características del sujeto, el tipo de evento traumático, los antecedentes previos, la severidad del daño. Desde el inicio el plan debe detallar el tratamiento seleccionado así como el tiempo y los resultados esperados. Si el plan de manejo se incorpora de manera secuencial, esto permitirá tener una evaluación de los efectos del tratamiento. El profesional de la salud puede con mucha mayor facilidad identificar cualquier cambio durante el proceso terapéutico, como empeoramiento, mejora o aparición de algún otro síntoma

**C**  
NICE, 2005

### 4.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ADULTOS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p><b>E</b></p>	<p>Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son los medicamentos que han mostrado mayor efectividad en el manejo de los síntomas en el TEPT</p>	<p><b>A</b> <i>Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. APA Practice Guidelines, 2009</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>Los resultados de los ensayos clínicos con los ISRS muestran mayor efectividad comparado con el placebo.</p>	<p><b>A</b> <i>Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. APA Practice Guidelines, 2009</i></p>

**E**

De manera general se ha observado que los sujetos manejados con ISRS presentan un 30% de reducción de los síntomas comparados con el placebo.

**A**  
*Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. APA Practice Guidelines, 2009*

**E**

Los ensayos con sertralina versus placebo han mostrado una reducción de los síntomas en el 60% de los sujetos tratados versus el 38% de los sujetos en el grupo placebo. Similares resultados se han observado con el uso de paroxetina.

**A**  
*Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. APA Practice Guidelines, 2009*

**E**

El estudio más grande con paroxetina muestra que los sujetos manejados con paroxetina tuvieron una mayor reducción de los síntomas, mejoría en la capacidad funcional para su vida social, laboral y familiar.

**A**  
*Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. APA Practice Guidelines, 2009*

**E**

La sertralina se distingue por ser un ISRS que ha sido evaluado en estudios clínicos controlados, aleatorios y multicéntricos, y autorizado por la FDA para manejo del TEPT

**1b**  
**E:[Shekelle]**  
*Londborg P, 2001*  
**A**  
*Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. APA Practice Guidelines, 2009*

**E**

La paroxetina a dosis de 20 a 40 mg y la sertralina a dosis promedio de 137 mg mostraron eficacia en estudios controlados, se han aprobado para el tratamiento agudo del TEPT

**III**  
*NICE, 2005*

**E**

La importancia del tratamiento a largo plazo de TEPT se demuestra mediante la observación de una mejoría continua de los síntomas de TEPT después del tratamiento agudo con paroxetina pero no con placebo.

**1a**  
**E: [Shekelle]**  
*Stein DJ, et al. Tratamiento farmacológico para TEPT Revisión Cochrane, 2008*

<p><b>E</b></p>	<p>La conclusión de que un tratamiento a corto plazo con ISRS puede ser inadecuado está apoyada por el aumento de las tasas de recurrencias en los ensayos de fluoxetina</p>	<p><b>1a</b>  <b>E: [Shekelle]</b>  <i>Stein DJ, et al. Tratamiento farmacológico para TEPT Revisión Cochrane, 2008</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>Algunos ensayos clínicos han mostrado resultados negativos con el uso de benzodiazepinas, IMAO, antipsicóticos, lamotrigina e inositol.</p>	<p><b>1a</b>  <b>E: [Shekelle]</b>  <i>Stein DJ, et al. Tratamiento farmacológico para TEPT Revisión Cochrane, 2008</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>Los resultados de los ensayos de mantenimiento apoyan el valor de las intervenciones a largo plazo en el aumento de la eficacia de la medicación y la prevención de recurrencias.</p>	<p><b>1a</b>  <b>E: [Shekelle]</b>  <i>Stein DJ, et al. Tratamiento farmacológico para TEPT Revisión Cochrane, 2008</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>Los resultados de los ensayos son coherentes con las recomendaciones de consenso del tratamiento farmacológico de 6 a 12 meses para el TEPT agudo, y las intervenciones de al menos 12 meses para prevenir recurrencias en el tratamiento del TEPT crónico</p>	<p><b>1a</b>  <b>E: [Shekelle]</b>  <i>Stein DJ, et al. Tratamiento farmacológico para TEPT Revisión Cochrane, 2008</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>La paroxetina y la sertralina han mostrado eficacia en el manejo de la fase aguda, de mantenimiento y en la prevención de recaídas.</p>	<p><b>IV</b>  <i>NICE,2005</i>  <b>1b</b>  <b>E:[Shekelle]</b>  <i>Lakshmi N et, al 2009</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>Se ha comparado el uso de sertralina y venlafaxina en la efectividad en el manejo de este trastorno encontrándose resultados similares</p>	<p><b>IV</b>  <i>NICE,2005</i>  <b>1b</b>  <b>E:[Shekelle]</b>  <i>Lakshmi N et, al 2009</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>En estudios comparativos del uso de sertralina y mirtazapina se han encontrado efectos similares          Las benzodiazepinas se han utilizado con buena respuesta en síntomas persistentes de insomnio y ansiedad</p>	<p><b>IV</b>  <i>NICE,2005</i>  <b>1b</b>  <b>E:[Shekelle]</b>  <i>Lakshmi N et, al 2009</i></p>

<b>E</b>	<p>Ante la presencia de síntomas psicóticos o de agresividad importante se han agregado al tratamiento antipsicóticos atípicos como olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona, o aripiprazol con buena respuesta</p> <p>No se ha encontrado respuesta positiva con el uso de neurolépticos como monoterapia</p>	<p><b>IV</b> NICE, 2005 <b>1b</b> E:[Shekelle] Lakshmi N et, al 2009</p>
<b>E</b>	<p>El topiramato a dosis bajas, sólo o como tratamiento complementario, redujo los síntomas del TEPT, incluidas las pesadillas graves en casos crónicos que no habían respondido a farmacoterapias previas</p>	<p><b>1b</b> E:[Shekelle] Berlant J et al, 2001 Mello MF, 2009 Baxter SA, 2009</p>
<b>E</b>	<p>El prazocin es útil en el tratamiento de las pesadillas asociadas al TEPT e incrementa el tiempo total de sueño y aumenta el sueño REM sin ocasionar efectos sedantes.</p>	<p><b>1b</b> E:[Shekelle] Taylor F, 2008</p>
<b>R</b>	<p>Los ISRS son los medicamentos de primera línea para el manejo del estrés postraumático.</p>	<p><b>C</b> NICE, 2005</p>
<b>R</b>	<p>Debe iniciarse el tratamiento con ISRS de manera paralela con la terapia psicológica.</p>	<p><b>C</b> NICE, 2005</p>
<b>R</b>	<p>Se considera valorar la respuesta terapéutica para ajuste de tratamiento y/o incorporación de medicamento adjuvante.</p>	<p><b>A</b> E:[Shekelle] Lakshmi N et, al 2009 <b>A</b> Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. APA Practice Guidelines, 2009</p>
<b>R</b>	<p>Se recomienda iniciar el tratamiento con paroxetina o sertralina bajo el siguiente esquema:</p> <p>Paroxetina : 20 a 40 mg máximo 60 mg Sertralina : Iniciar con 50-100 mg e incrementar 50 mg cada 5 días hasta máximo 200 mg</p>	<p><b>A</b> E:[Shekelle] Lakshmi N et, al 2009 <b>A</b> Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. APA Practice Guidelines, 2009</p>

**R**

No se recomienda el uso de neurolépticos como monoterapia para el TEPT. Los neurolépticos atípicos como olanzapina o risperidona deben ser utilizados para el manejo de los síntomas psicóticos asociados.

**A**  
**E:[Shekelle]**  
*Lakshmi N et, al 2009*  
**A**  
*Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. APA Practice Guidelines, 2009*

**R**

En pacientes que persisten con pesadillas graves a pesar del uso de los ISRS se sugiere agregar topiramato de 50 a 150 mg.

**A**  
**E:[Shekelle]**  
*Lakshmi N et, al 2009*  
*Berlant J, 2001*

**R**

Se recomienda agregar prazocin al tratamiento con ISRS en pacientes que persisten con pesadillas asociadas al TEPT y que no han respondido al tratamiento con topiramato

**A**  
**E:[Shekelle]**  
*Taylor F, 2008*

#### 4.3.1 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN ADULTOS

Evidencia / Recomendación.	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p> <p>Es importante considerar que el tratamiento psicológico significa una serie de estrategias terapéuticas que requieren de capacitación y entrenamiento para su aplicación.</p>	<p><b>III</b>  <i>NICE, 2005</i></p>
<p><b>E</b></p> <p>La terapia cognitivo conductual es la estrategia que ha probado ser más efectiva para reducir la sintomatología y prevenir la recurrencia. Los programas en donde se incorpora la terapia cognitivo conductual se clasifican en tres grupos:                      Enfocado al trauma (tratamiento individual)                      Enfocado al manejo del estrés( tratamiento individual)                      Terapia de grupo</p>	<p><b>III</b>  <i>NICE, 2005</i></p>
<p><b>E</b></p> <p>Las intervenciones psicológicas breves (5 sesiones) pueden ser efectivas si el tratamiento inicia en los primeros meses después del evento traumático.</p>	<p><b>Ila</b>  <i>NICE, 2005</i></p>

**E**

El tratamiento debe ser regular y continuo (al menos una vez por semana) y debe ser dado por el mismo terapeuta

**Ila**  
NICE, 2005

Entre las estrategias terapéuticas utilizadas en el manejo de la TEPT se encuentran:

**Terapia de relajación.**

Tiene como propósito alcanzar un estado de hiperventilación que contrarreste y ayude a controlar la ansiedad, por lo que se entrena al paciente en la relajación progresiva y / o el control de respiración.

**Técnica de exposición.**

Técnica conductual de exposición a los estímulos que provocan las respuestas de ansiedad con el objeto de reducir y preveer las respuestas adaptativas. Se emplea la desensibilización sistemática y la exposición gradual al estímulo adverso.

**Técnica de auto control.**

Se trata de enseñar al paciente los principios que rigen la conducta no deseada, como autoobservación, autoreforzo, autocastigo y control de estímulos.

**Técnica de habilidades sociales.**

Analizar las conductas problemas y re entrenarlas.

**Técnica de reestructuración cognitiva.**

Consiste en trabajar sobre la distorsión.

**Técnica de re exposición.**

Presentarle al paciente el estímulo estresor a través de: imaginación, in vivo, terapia dirigida, narrativa (verbal y / o escrita).

**Técnica cognitiva de auto instrucción.**

Detectar las auto verbalizaciones negativas y cambiarlas por auto instrucciones positivas e impedir las respuestas evitativas a la ansiedad anticipatoria.

**Programas psicoeducativos.**

Educación al paciente a detectar sus distorsiones cognitivas y el auto control de los síntomas.

**Técnica de re exposición.**

Presentarle al paciente el estímulo estresor a través de: imaginación, in vivo, terapia dirigida, narrativa (verbal y / o escrita).

**Reestructuración cognitiva y detención del pensamiento.**

Centrar la atención en estímulos neutros no amenazantes

**E**

**III**  
*Guía de la Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No 2006 / 10.*

**E**

La evidencia con relación a la terapia de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (DRMO) hasta el momento es controversial, los ensayos clínicos realizados son pequeños y no muestran claramente el efecto independiente de la intervención dado que en muchos de ellos se agrega además la técnica de terapia cognitivo conductual.

**R**

A todos los sujetos que presenten síntomas relacionados con TEPT se les debe incorporar en un programa terapéutico con la técnica cognitiva conductual, enfocada al trauma. **A**  
*NICE, 2005*

**R**

Es importante considerar el tiempo desde que ocurrió el evento y el inicio de síntomas de TEPT para definir el plan terapéutico **B**  
*NICE, 2005*

**R**

En el caso del TEPT crónico, la psicoterapia cognitivo conductual centrada en el trauma, debe darse de 8 – 12 sesiones, por lo menos una vez a la semana, impartidas siempre por un mismo terapeuta **B**  
*NICE, 2005*

#### 4.3.2 TEPT EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

**E**

Uno de los factores de importancia en el desarrollo de TEPT en niños, se relaciona con la respuesta de los padres al trauma de los niños. Cuando los padres muestran compasión, validando el relato del niño acerca de los eventos traumáticos y tomando acciones apropiadas para protegerlos, se observa una notable reducción del riesgo de desarrollar el TEPT.

**III**  
**E:[Shekelle]**  
*De, Arellano et,al.2009*

**E**

La presencia de factores negativos en el núcleo familiar conduce al empeoramiento del trauma.

El abuso de sustancias psicotrópicas o de alcohol por parte de los padres, presencia de criminalidad, divorcio y / o separación de los padres o la pérdida física de uno de los padres a temprana edad, son algunos de los factores más comunes hallados en niños con TEPT

III  
E:[Shekelle]  
*De, Arellano et,al.2009*

**E**

Los mejores predictores en el diagnóstico de TEPT estaban relacionados con el estado de salud mental de la madre, la autoestima del niño y los ingresos familiares

III  
E:[Shekelle]  
*De, Arellano et,al.2009*

**E**

En los niños preescolares la presentación de los síntomas relacionados con el TEPT no es específica, dadas sus limitaciones en las habilidades cognitivas y de expresión verbal. Por lo tanto, es preciso buscar síntomas de trastorno de ansiedad generalizada adecuados a su nivel de desarrollo, como la ansiedad de separación, ansiedad ante extraños, miedos a monstruos o animales, evitación de situaciones que tengan o no relación con el trauma, trastornos del sueño y preocupación ante determinadas palabras o símbolos que tengan o no una conexión aparente con el trauma.

III-IV  
*NICE, 2005*

**E**

Las escalas que se han utilizado para medir la presencia de síntomas relacionados con TEPT son específicas para evaluar problemas de conducta, como la Child Behaviour Checklist y la Child Sexual Behaviour.

III-IV  
*NICE, 2005*

**E**

En los niños mayores de 7 años se ha evaluado el uso de instrumentos de autoaplicación para la detección y el diagnóstico del TEPT considerando que el niño de esta edad puede leer de manera independiente y por tanto es capaz de completar el instrumento.

III  
*NICE, 2005*

- E** Entre las escalas de autoaplicación más usadas para evaluar la presencia de TEPT en niños se encuentran: Children's Impact of Event Scale, the Child Post Traumatic Stress Reaction Index y el Child PTSD Symptom Scale. III  
NICE, 2005
- E** Las entrevistas estructuradas para la evaluación en niños con TEPT no han sido bien desarrolladas, las más utilizadas hasta ahora son: Clinical-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents, the Anxiety Disorders Interview Schedule for Children y la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children (K-SADS). III  
NICE, 2005
- E** En los niños de 6 a 11 años el cuadro clínico característico de TEPT es:
- Representación del trauma en el juego, los dibujos o las verbalizaciones
  - Sentido del tiempo desvirtuado en lo que corresponde al episodio traumático
  - Trastornos del sueño: sueños sobre el trauma que pueden generalizarse a pesadillas sobre monstruos, rescates, amenazas hacia él o los demás
  - Pueden creer que existen diferentes señales o presagios que les ayudarán o servirán de aviso ante posibles traumas o desastres
  - En estos niños no tiene sentido hablar de un futuro desolador, ya que debido a su nivel de desarrollo, no tienen todavía adquirida la perspectiva del futuro
- III  
**E:[Shekelle]**  
Fernandez R, 2010
- E** La " Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma" ( Trauma-focused [cognitive behavioral therapy](#), TF-CBT ) es el protocolo de tratamiento más extensamente utilizado para el manejo con TEPT IIa  
NICE, 2005  
III  
**E:[Shekelle]**  
Ehlers A, 2010
- E** El tratamiento tiene una duración de aproximadamente 12 a 16 sesiones. Es una intervención bastante investigada con apoyo suficiente para ser utilizada en niños víctimas de abuso sexual y otros tipos de trauma. Una versión modificada de esta terapia ha sido desarrollada para su uso en niños y familias hispanas, basado en 12 años de investigación y de intervención clínica. IIa  
NICE, 2005

<b>E</b>	El "Tratamiento centrado en el trauma modificado culturalmente" (Culturally Modified Trauma-Focused Treatment) ha sido diseñado para proveer tratamiento que intente aumentar el compromiso al incrementar la relevancia cultural de la intervención.	III E:[Shekelle] <i>De, Arellano et,al.2009</i>
<b>E</b>	La psicoterapia cognitivo conductual centrada en el trauma, es recomendable utilizarla en niños con síntomas severos de TEPT, durante el primer mes posterior al evento traumático. Esta psicoterapia debe ser adaptada a la edad del niño, circunstancias y nivel de desarrollo.	IIa <i>NICE, 2005</i>
<b>E</b>	En niños menores de 7 años, la evidencia es limitada con respecto a la mejoría de los síntomas del TEPT, con el uso de la Terapia cognitivo conductual aplicada en los niños y sus padres, en comparación con la terapia de apoyo.	IIa <i>NICE, 2005</i>
<b>E</b>	En niños, la evidencia es limitada al comparar la reducción de los síntomas del TEPT, usando la terapia cognitivo conductual individual en comparación con la lista de espera.	IIa <i>NICE, 2005</i>
<b>E</b>	Hay poca evidencia con respecto a la reducción de síntomas de re experimentación y conductas evitativas, a los 12 y 24 meses, utilizando la terapia individual en comparación con la terapia de grupo en niños	IIa <i>NICE, 2005</i>
<b>E</b>	En niños con TEPT, no hay evidencia sobre la eficacia de otras formas de tratamiento no farmacológico, tales como la terapia de juego, la terapia de arte o la terapia de familia.	III <i>NICE, 2005</i>
<b>E</b>	Hasta el momento existe poca evidencia sobre la utilidad de la terapia farmacológica para el manejo del TEPT en niños	III <i>NICE, 2005</i>
<b>E</b>	Los estudios sugieren que el propranolol, la clonidina y la carbamazepina, mejoran la sintomatología del TEPT en niños, pero estos tienen limitaciones metodológicas como no contar con un grupo de comparación	III <i>NICE, 2005</i>

**R**

Es importante considerar dar información a los padres o responsables del niño cuando éstos son tratados en un servicio de urgencias por un evento traumático. Explicar brevemente los síntomas que el niño puede presentar, como cambios en el estado de sueño, pesadillas, dificultad para concentrarse e irritabilidad, sugerir llevar a valoración médica cuando estos síntomas persistan por más de un mes.

**GPP**  
NICE, 2005

**R**

La terapia cognitivo conductual enfocada en el trauma es la estrategia terapéutica que debe ofrecerse a todos los niños que presentan síntomas severos por TEPT durante el primer mes

**C**  
NICE, 2005

**R**

En niños menores de 7 años no se recomienda dar terapia farmacológica con ISRS  
En niños mayores de 7 años el tratamiento farmacológico no debe considerarse de rutina, se deberá valorar la condición y severidad de los síntomas además de la comorbilidad

**C**  
NICE, 2005

**R**

En el caso del TEPT crónico, la psicoterapia cognitivo conductual centrada en el trauma, debe darse de 8 – 12 sesiones, por lo menos una vez a la semana, impartidas siempre por un mismo terapeuta

**C**  
NICE, 2005

**✓/R**

En el caso de los adolescentes se sugiere seguir el manejo indicado para los adultos.

**Punto de Buena Práctica**

## 5. ANEXOS

### 5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

#### Ejemplo de un protocolo de Búsqueda

##### PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

#### Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.

Publicados durante los últimos 5 años.

Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

#### Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

#### Estrategia de búsqueda

##### Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema:

Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático en PubMed.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: post-traumatic stress disorder. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Classification, diagnosis, drug effects, drug therapy, epidemiology, prevention and control, rehabilitation. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 11 resultados, de los cuales se utilizaron 5 guías por considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la guía.

#### Protocolo de búsqueda de GPC.

##### Resultado Obtenido

```
("Stress Disorders, Post-Traumatic/classification"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/complications"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/diagnosis"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/diet therapy"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/drug therapy"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/epidemiology"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/prevention and control"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/psychology"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/rehabilitation"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/therapy"[Mesh]) AND (full text[sb] AND free full text[sb] AND Humans[Mesh] AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR Review[ptyp])) AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "last 10 years"[PDat])
```

("Stress Disorders, Post-Traumatic/classification"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/complications"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/diagnosis"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/diet therapy"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/drug therapy"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/epidemiology"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/prevention and control"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/psychology"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/rehabilitation"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic/therapy"[Mesh]) AND ("loattrfull text"[sb] AND "loattrfree full text"[sb] AND "humans"[MeSH Terms] AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR Review[ptyp])) AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "2000/12/16"[PDat] : "2010/12/13"[PDat])

### Algoritmo de búsqueda

1. Stress Disorders, Post-Traumatic [Mesh]
- 2.-Diagnosis [Subheading]
3. Complications [Subheading]
4. Diet Therapy[Subheading]
5. Drug-Therapy [Subheading]
6. Epidemiology[Subheading]
7. #2 OR #3 OR #4 OR#5 OR#6
8. #1 And #7
9. 2000[PDAT]: 2010[PDAT]
10. Humans [MeSH]
11. #8 and # 10
12. English [lang]
13. Spanish [lang]
14. #12 OR # 13
15. #11 AND # 14
16. Guideline [ptyp]
17. #15 AND #12

### Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 6 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en 6 de estos sitios se obtuvieron 40 documentos, de los cuales se utilizaron 8 documentos para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	NGC	2	2
2	TripDatabase	13	4
3	NICE	1	1
4	Singapore Guidelines	Moh 0	-
5	AHRQ	1	1
6	SIGN	0	0
<b>Totales</b>		<b>17</b>	<b>8</b>

**Tercera etapa**

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de desorden de ansiedad. Se obtuvieron 9 RS, 5 de los cuales tuvieron información relevante para la elaboración de la guía

## 5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

**Criterios para Graduar la Evidencia**

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006).

Existen diferentes formas de graduar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

### LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
<b>Ia.</b> Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	<b>A.</b> Directamente basada en evidencia categoría I
<b>Ib.</b> Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
<b>Ila.</b> Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	<b>B.</b> Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
<b>Ilb.</b> Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
<b>III.</b> Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	<b>C.</b> Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
<b>IV.</b> Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	<b>D.</b> Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

### ESCALA DE GRADUACIÓN DE LA EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES FORMULADA POR EL GRUPO EJECUTIVO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE NHS (1996) GUÍA NICE 2005

Nivel	Tipo de evidencia	Graduación	Evidencia
<b>I</b>	Evidencia obtenida de un ensayo clínico controlado o un metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados y controlados	<b>A</b>	Al menos un ensayo clínico controlado como parte del cuerpo de la literatura de buena calidad y consistencia con la recomendación específica (evidencia nivel I) sin extrapolación
<b>Ila</b>	Evidencia obtenida al menos de un ensayo bien controlada sin aleatorización	<b>B</b>	Estudios clínicos bien conducidos pero no ensayos clínicos en el tópico de la recomendación (nivel de evidencia II o III) o extrapolado de nivel de evidencia I
<b>Ilb</b>	Evidencia obtenida de un estudio cuasiexperimental bien diseñado		
<b>III</b>	Evidencia obtenida de un estudio descriptivo, tales como estudios comparativos, de correlación y estudios de caso bien diseñados		
<b>IV</b>	Evidencia obtenida de un reporte de comité de expertos o de grupo de opinión y experiencias clínicas de autoridades respetadas	<b>C</b>	Reporte de comité de expertos u opiniones de experiencias clínicas de autoridades respetadas (nivel de evidencia IV) o extrapoladas de nivel I o II de evidencia. Esta graduación indica que no existen estudios de buena calidad o no están disponibles.
		<b>GPP</b>	Recomendación de buena práctica basada en la experiencia clínica del GDG

Adapted from Eccles, M. & Mason, J (2001). How to develop cost-conscious guidelines. Health Technology Assessment 5: 16; Mann T. (1996) Clinical Guideline: Using Clinical Guidelines to Improve Patient Care Within the NHS. London: Department of Health

### 5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

**CUADRO 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM IV – TR PARA TEPT**

<p><b>A.-</b> La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha existido:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.</li> <li>2.- La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. (En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados).</li> </ol> <p><b>B.-</b> El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones: (En los niños esto puede experimentarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma).</li> <li>2.- Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. (En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible).</li> <li>3.- El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático esta ocurriendo (ilusiones, alucinaciones, flashbacks). Los niños pueden re escenificar el acontecimiento traumático específico.</li> <li>4.- Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</li> <li>5.- Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</li> </ol> <p><b>C.-</b> Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo ( ausente antes del trauma ), tal y como lo indican 3 o más de los siguientes síntomas :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.</li> <li>2.- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.</li> <li>3.- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.</li> <li>4.- Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.</li> <li>5.- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.</li> <li>6.- Restricción de la vida afectiva (incapacidad para tener sentimientos de amor).</li> <li>7.- Sensación de un futuro limitado (no espera obtener un empleo, casarse, tener la esperanza de una vida normal).</li> </ol> <p><b>D.-</b> Síntomas persistentes de aumento de la activación ( ausentes antes del trauma ), tal y como lo indican 2 o más de los siguientes síntomas :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Dificultades para conciliar o mantener el sueño.</li> <li>2.- Irritabilidad o ataques de ira.</li> <li>3.- Dificultades para concentrarse.</li> <li>4.- Hipervigilancia.</li> <li>5.- Respuestas exageradas de sobresalto.</li> </ol> <p><b>E.-</b> Estas alteraciones de los criterios B, C, y D se prolongan más de 1 mes.</p> <p><b>F.-</b> Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo</p>
---

**CUADRO 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-10 PARA EL TEPT**

- A. El paciente tiene que haber estado expuesto a un acontecimiento o situación estresante de naturaleza amenazante o catastrófica, que causaría malestar profundo en casi cualquier persona.
- B. Debe haber recuerdos persistentes de “revivir “el acontecimiento o situación estresante en forma de reviviscencias (“flashbacks “ ), recuerdos vívidos o sueños recurrentes, o una sensación de malestar al exponerse a circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento estresante.
- C. El paciente debe mostrar una evitación real o preferente de circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento estresante, que no presentaba antes de la exposición al mismo.
- D. Presencia de alguno de los siguientes:
  1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño
  2. Irritabilidad o arrebatos de ira
  3. Dificultad para concentrarse
  4. Hipervigilancia
  5. Reacción de sobresalto exagerada.
- E. Deben cumplirse los criterios B, C y D dentro de los 6 meses del acontecimiento o del fin de un período de estrés

**CUADRO 3. MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL.****Instrucciones generales.**

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18,7 + - 11,6 minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

**Entrevista:**

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

**Presentación:**

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

**Convenios:**

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p.ej., la pregunta H6).

Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

**Instrucciones de anotación**

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. Ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

**Estado por estrés posttraumático**

(Significa: ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo no y continuar con el siguiente módulo)

<p><b>I1</b> ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? Ejemplos de acontecimientos traumáticos: accidentes graves, atraco, violación, atentado terrorista, ser tomado de rehén, secuestro, incendio, descubrir un cadáver, muerte súbita de alguien cercano a usted, guerra o catástrofe natural</p>	→ NO	SI
<p><b>I2</b> ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?</p>	→ NO	SI
<p><b>I3 En el último mes:</b> a ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar? b ¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento? c ¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales? d ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros? e ¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos? f ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?</p>	NO NO NO NO NO NO	SI SI SI SI SI SI
<p>¿Codificó sí en 3 o más respuestas de i3?</p>	→ NO	SI
<p><b>I4 Durante el último mes:</b> a ¿Ha tenido usted dificultades para dormir? b ¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje? c ¿Ha tenido dificultad para concentrarse? d ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta? e ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?</p>	NO NO NO NO NO	SI SI SI SI SI
<p>¿Codificó sí en 2 o más respuestas de i4?</p>	→ NO	SI
<p><b>I5</b> ¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?</p>	NO TEPT	SI TEPT

## 5.4 MEDICAMENTOS

**CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
ANTIDEPRESIVOS**

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
5487 (SS e IMSS)	Citalopram	20-60 mg/día (Iniciar con 20 mg e incrementar 20 mg cada 5 días)	20 mg (14 y 28 tabs)	12 meses	Frecuentes: Náusea y boca seca  Menos frecuentes: Bradicardia, somnolencia y disfunciones sexuales.  Muy raros: Sangrados anormales	Se potencializa su efecto por la fluvoxamina  Aumenta el efecto antiarrítmico y betabloqueador de: metoprolol, y propranolol  Potencia el efecto de los antidepresivos tricíclicos y de antipsicóticos principalmente típicos  Se incrementa la posibilidad de efectos secundarios severos o graves con el uso concomitante con buspirona, inhibidores de la monoaminoxidasa y el sumatriptan	Absolutas: Hipersensibilidad al fármaco, pacientes con deshidratación o pérdida de electrolitos  Relativas. Embarazo y lactancia, insuficiencia hepática
3302 (SS e IMSS)	Imipramina	150-250 mg al día (Iniciar con 50 mg e incrementar de 25-50 mg cada 5 días)	25 mg con 20 tabs	12 meses	Insomnio, sedación, sequedad de mucosas, mareo, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión o hipertensión arterial, taquicardia, disuria.	Con inhibidores de la MAO aumentan los efectos adversos. Puede bloquear el efecto de la guanetidina y clonidina; potencia La depresión producida por el alcohol.	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. Uso no aconsejado en pacientes con: Retención urinaria y estreñimiento Con alto riesgo suicida ( por toxicidad en sobredosis) Cardiópatas Múltiples medicaciones
4483 (SS e IMSS)	Fluoxetina	20-80 mg al día (Iniciar con 20 mg e incrementar 20 mg cada 5 días)	20 mg con 14 o 28 tabs	12 meses	Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión nasal, trastornos visuales, malestar respiratorio, disfunción sexual, retención urinaria, reacciones de hipersensibilidad	Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos. Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con Triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, Pueden incrementar niveles de beta bloqueadores Tienen efecto sobre el sistema microsómico hepático (citocromo P450) Interacciona con hipoglucemiantes orales, favorece hipoglucemia por un aumento del efecto de hipoglucemiantes,	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (periodo de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
	Fluvoxamina	100-300 mg al día (Iniciar con 100 mg e incrementar 100 mg cada 5 días)	100 mg con 30 tabs	12 meses	Nauseas, cefalea, somnolencia, insomnio, mareos, vértigo, temblores, ansiedad y agitación. En forma rara equimosis, epistaxis, prolongación del tiempo de sangrado y eventualmente hemorragias de tubo digestivo bajo	Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos. Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco. Pueden incrementar niveles de beta bloqueadores Tienen efecto sobre el sistema microsómico hepático (citocromo P450) Interacciona con hipoglucemiantes orales, favorece hipoglucemia por un aumento del efecto de hipoglucemiantes,	Absolutas: Hipersensibilidad al fármaco. Condiciones clínicas con riesgo de prolongación del segmento Q-T y taquicardia ventricular Relativas: Pacientes con otras cardiopatías, insuficiencia renal o hepática, pacientes con medicación que modifique la función plaquetaria, epilepsia no controlada. Embarazo y lactancia
5481 (SS e IMSS)	Paroxetina	40-80 mg al día (Iniciar con 20 mg e incrementar 20 mg cada 5 días)	20 mg con 10 tabletas	12 meses	Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudoración, temblor, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural.	Incrementa el efecto de los IMAO, antidepresivos tricíclicos, fenotiacinas, diuréticos y anti arrítmicos. Aumenta los efectos adversos de los digitálicos. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. También pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, incrementan niveles de beta bloqueadores Aumento de niveles de antipsicóticos	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.
484 (SS e IMSS)	Sertralina	100-200 mg al día (Iniciar con 50-100 mg e incrementar 50 mg cada 5 días)	50 mg con 14 cápsulas o tabletas	12 meses	Náusea, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpitaciones, edema, disfunción sexual masculina.	Con warfarina aumenta efectos anticoagulantes por desplazamiento de proteínas plasmáticas. Disminuye la eliminación de diazepam y sulfonilureas. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, incrementan niveles de beta bloqueadores	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco, epilepsia,
4488 (SS e IMSS)	Venlafaxina	150-300 mg al día (Iniciar con 75 mg e incrementar 75 mg cada 5 días)	75 mg con 10 cápsulas de liberación prolongada	12 meses	Nauseas sudoración, transitorios, cefalea, alteración de la acomodación visual, sequedad de boca e insomnio, Astenia, fatiga, En algunos casos con dosis de 200mg al día pueden presentar HTA, y de la FC disminución del apetito náusea.	Con inhibidores de la MAO, indinavir, warfarina, etanol y haloperidol. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco. No aconsejable en pacientes en pacientes con Hipertensión limite o de difícil control

**BENZODIACEPINAS**

<p>2499 (SS e IMSS)</p>	<p>Alprazolam</p>	<p>2-4 mg al día (Iniciar con 2 mg y manejar a dosis respuesta)</p>	<p>0.5, 1 y 2 mg con 30 tabs</p>	<p>De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica</p>	<p>Sedación, torpeza psicomotriz, debilidad y fatiga, ataxia o incoordinación motora, sequedad de boca, puede provocar disfunción sexual, visión borrosa, cefalea, sensación de palpitaciones y taquicardia, alteraciones gastrointestinales como náusea, vómito y estreñimiento o diarrea, en casos raros puede haber confusión mental e insomnio y menos frecuentemente hipotensión arterial y sialorrea.</p>	<p>Se incrementan los niveles séricos con: Anticonceptivos orales, cimetidina, disulfiram, eritromicina, heparina, isoniazida, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, provenecid, valproatos y probablemente el ketoconazol.</p> <p>Su uso aumenta los niveles séricos de: Fenitoína, antidepresivos tricíclicos y probablemente de digoxina.</p> <p>Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: etanol y opiáceos.</p> <p>Puede tener un efecto opuesto con: acetazolamida y teofilina</p> <p>La carbamazepina disminuye la concentración plasmática, en tanto el valproato la aumenta.</p>	<p><b>Absolutas:</b> Hipersensibilidad al fármaco. Miastenia Gravis y apnea del sueño.</p> <p><b>Relativas:</b> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad o insuficiencia hepática o renal, Porfirio, glaucoma y adicción a sustancias.</p> <p>Durante el embarazo no se aconseja su utilización, particularmente en el primer trimestre, al igual que durante la lactancia.</p>
<p>2612 (SS e IMSS)</p>	<p>Clonazepam</p>	<p>2-6 mg/día (Iniciar con 2 mg y manejar a dosis respuesta)</p>	<p>2 mg (30 Tabs)</p>	<p>De 4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica</p>	<p>Sedación, torpeza psicomotriz, debilidad y fatiga, ataxia o incoordinación motora, sequedad de boca, puede provocar disfunción sexual, visión borrosa, cefalea, sensación de palpitaciones y taquicardia, alteraciones gastrointestinales como náusea, vómito y estreñimiento o diarrea, en casos raros puede haber confusión mental e insomnio y menos frecuentemente hipotensión arterial y sialorrea.</p>	<p>Se incrementan los niveles séricos con: Anticonceptivos orales, cimetidina, disulfiram, eritromicina, heparina, isoniazida, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, provenecid, valproatos y probablemente el ketoconazol.</p> <p>Su uso aumenta los niveles séricos de: Fenitoína, antidepresivos tricíclicos y probablemente de digoxina.</p> <p>Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: etanol y opiáceos.</p> <p>Puede tener un efecto opuesto con: acetazolamida y teofilina</p> <p>La carbamazepina disminuye la concentración plasmática, en tanto el valproato la aumenta.</p>	<p><b>Absolutas:</b> Hipersensibilidad al fármaco. Miastenia Gravis y apnea del sueño.</p> <p><b>Relativas:</b> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad o insuficiencia hepática o renal, Porfirio, glaucoma y adicción a sustancias.</p> <p>Durante el embarazo no se aconseja su utilización, particularmente en el primer trimestre, al igual que durante la lactancia.</p>

ANTIPSICÓTICOS

<p>5486 (SS e IMSS)</p>	<p>Olanzapina</p>	<p>5-15 mg/día (Iniciar con 5 mg e incrementar dosis respuesta, cada 3-5 días)</p>	<p>10 mg (14 o 28 tabs)</p>	<p>De 4-8 semanas (Como coadyuvante del efecto del antidepresivo)</p>	<p>Somnolencia, trastornos de la marcha, aumento de peso e hiperprolactinemia.</p> <p>Menos frecuentes son el síndrome metabólico, hiperglicemia, disquinesia tardía y acatisia y hepatotoxicidad.</p> <p>Eventualmente disfunción sexual y muy raro síndrome neuroléptico maligno</p>	<p>Incrementan los niveles de olanzapina: Cafeína, ciprofloxacino, eritromicina, fluoxetina, paroxetina, ketoconazol, quinidina, risperidona y probablemente valproatos</p> <p>Disminuye los niveles séricos de olanzapina: Carbamazepina, fenitoína, ritonavir, tabaco y probablemente los valproatos.</p> <p>La olanzapina incrementa los niveles séricos de: cafeína</p> <p>Pueden provocar efectos secundarios significativos y graves el uso concomitante de olanzapina y: captopril, clozapina y carbamazepina</p>	<p>Absolutas: Hipersensibilidad al fármaco.</p> <p>Relativas: Glaucoma de ángulo estrecho, hipertrofia prostática, embarazo y lactancia, diabetes o hiperlipidemia o síndrome metabólico y enfermedad o insuficiencia hepática.</p>
<p>5489 (SS e IMSS)</p>	<p>Quetiapina</p>	<p>100-300 mg/día (Iniciar con 100mg e incrementar dosis respuesta cada 3-5 días)</p>	<p>100mg (60 tabs)</p>	<p>De 4-8 semanas (Como coadyuvante del efecto del antidepresivo)</p>	<p>Somnolencia, náusea, hipotensión arterial y agitación psicomotriz e incremento de peso.</p> <p>Poco frecuentes son los síntomas extrapiramidales y la hiperglicemia o diabetes</p> <p>Muy raros son la aparición de cataratas.</p>	<p>Los antibióticos macrólidos incrementan los niveles plasmáticos de quetiapina</p>	<p>Absolutas: Hipersensibilidad al fármaco.</p> <p>Relativas: Embarazo y lactancia</p>
<p>3258 (SS e IMSS)</p>	<p>Risperidona</p>	<p>1-4 mg/día (Iniciar con 1 mg e incrementar dosis respuesta cada 3-5 días)</p>	<p>2 mg (40 tabs)</p>	<p>De 4-8 semanas (Como coadyuvante del efecto del antidepresivo)</p>	<p>Insomnio, ansiedad y somnolencia diurna, síntomas extrapiramidales y aumento de peso</p> <p>Poco frecuentes son la hiperprolactinemia, galactorrea, ginecomastia y amenorrea, priapismo y disfunciones sexuales, hipotensión ortostática y taquicardia</p> <p>Muy raros son la disquinesia tardía, intoxicación acuosa, convulsiones y disregulación térmica y síndrome neuroléptico maligno</p>	<p>Se incrementan los niveles séricos con el uso de: Fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y ketoconazol.</p> <p>Se disminuyen los niveles séricos con: Barbitúricos, carbamazepina, tioridazina y rifampicina.</p> <p>Su uso incrementa los niveles séricos de: sertindol</p> <p>Se pueden provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: Fármacos que prolongan el intervalo QT (sertindol o ziprazidona), amiodorona, astemizol, claritromicina, lovastatina, quinidina, tioridazina</p>	<p>Absolutas: Hipersensibilidad al fármaco,</p> <p>Relativas: Embarazo y lactancia</p>

NEUROMODULADORES (ANTICOMICIALES)

Clave	Principio activo	Presentacion	Dosis recomendada	Tiempo periodo de uso	Efectos adversos	interacciones	contraindicaciones	observaciones
5359	Valproato de magnesio	600mg (30 tabs)	750-3000 mg/día	12 meses Como coadyuvante del efecto del antidepresivo	<p>Gastrointestinales: Nausea y vómito. Probablemente diarrea, cólicos y estreñimiento. Puede haber una sensación de temblor.</p> <p>Puede haber sedación, cefalea, nistagmo, vértigo, diplopía, ambliopía, visión borrosa, incoordinación y síntomas parkinsonianos. Puede haber incremento de peso</p> <p>Eventualmente puede causar trombocitopenia, disfunción plaquetaria, depleción del fibrinógeno y otras anomalías de la coagulación.</p> <p>Se ha visto leucopenia.</p> <p>Puede desencadenarse pancreatitis y haber toxicidad hepática, efectos que parecen ser idiosincrásicos.</p> <p>Exantemas cutáneos y alopecia</p>	<p>Se potencializa el valproato con el uso de: ácido acetyl salicílico.</p> <p>Disminuye los niveles séricos con carbamazepina, fenobarbital y fenitoína.</p> <p>Potencializa el efecto de la lamotrigina</p> <p>Se incrementa el riesgo de efectos adversos se veros o graves con el uso conjunto con: benzodiazepinas, rifampicina y probablemente con clozapina y metilfenidato</p>	<p>Hipersensibilidad al fármaco.</p> <p>Enfermedades hepáticas graves</p> <p>El embarazo y la lactancia son contraindicaciones relativas</p>	<p>Niveles plasmáticos de 50-120mcg/ml</p> <p>Debe valorarse la función hepática y el estado hematológico</p> <p>Se debe titular la dosis, partiendo de 400-600 mg/día</p>
2608	Carbamazepina	200mg (20 tabs)	400-1600 mg/día	12 meses Como coadyuvante del efecto del antidepresivo	<p>Neurológicos: Mareo, ataxia y somnolencia, diplopía y trastornos de la acomodación, movimientos anormales, distonía, nistagmo, parestesias y debilidad muscular</p> <p>Gastrointestinales: Nausea, vómito y diarrea.</p> <p>Cutáneos: Exantema y urticaria, fotosensibilidad, dermatitis exfoliativa, eritodermia, muy poco frecuente síndrome de Steven-Johnson, necrólisis, púrpura y alopecia.</p> <p>Hematológicos: Leucopenia, eosinofilia y trombocitopenia. Muy poco frecuentes leucocitosis, aplasia eritrocitaria, agranulocitosis, anemia aplásica y Porfirio aguda intermitente.</p> <p>Hepáticos: Incremento en gama-glutamyl-transpeptidasa y fosfatasa alcalina, muy poco frecuentes incremento en</p>	<p>Potencializan a la carbamazepina: acetazolamida, cimetidina, ranitidina, danazol, diltiazem, eritromicina, fluoxetina, isoniazida, litio, valproatos y verapamilo</p> <p>Disminuyen los niveles séricos de carbamazepina: fenitoína, antidepresivos tricíclicos, tranilcipromina y teofilina.</p> <p>La carbamazepina incrementa los niveles de litio.</p> <p>El uso de carbamazepina disminuye los niveles de: alprazolam, antipsicóticos (aripiprazol,</p>	<p>Hipersensibilidad al fármaco.</p> <p>Se debe tener precaución en pacientes con patología cardiaca o renal, así como hipertensión intraocular.</p> <p>Embarazo y lactancia son contraindicaciones relativas</p>	<p>Niveles plasmáticos de 4-12mcg/ml</p> <p>Se debe titular la dosis partiendo de 200-300 mg/día</p> <p>Se recomienda contar con laboratorio: BH, pruebas de coagulación, pruebas de función hepática y renal.</p> <p>En caso de usarse durante el embarazo, deben administrarse ácido fólico y vitamina K hasta el último periodo del embarazo.</p>

					<p>transaminasas, hepatitis colestásica y granulomatosa</p> <p>Endocrinometabólicos: Poco frecuentes incremento de peso, edemas, hiponatremia y síndrome de secreción inapropiada. Muy poco frecuentes galactorrea, aumento de TSH y disminución de T4, hipocalcemia, osteomalacia y aumento de colesterol</p> <p>Eventualmente confusión</p>	<p>clorpromazina, clozapina, flufenazina, perfenazina, olanzapina y risperidona), anticonceptivos orales, Bupropion, clonacepam, dexametazona, digoxina, indinavir, paracetamol, saquinavir, antidepresivos tricíclicos, teofilina, valproatos y warfarina.</p> <p>Pueden presentar efectos secundarios graves o severos con: ciprofloxacino, fluoxetina, fluvoxamina y litio</p>		
5358	Lamotrigina	25mg (28 tabs)	100-600 mg/día	12 meses Como coadyuvante del efecto del antidepresivo)	<p>Exantema maculo-papular, que eventualmente puede evolucionar a un Síndrome de Stevens-Johnson o Síndrome de Lyell</p> <p>Otros de menor gravedad son: astenia, cefalea, náusea, dolor, prurito</p> <p>Son raros: Diplopía, mareo, temblor, agranulocitosis, neutropenia, necrosis hepática, irritabilidad y confusión</p>	<p>Potencializan la lamotrigina: Cimetidina, fluconazol, omeprazol, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (fluoxetina, fluvoxamina), tolbutamida, troglitazona, valproatos.</p> <p>Disminuyen los niveles de lamotrigina: Paracetamol, anticonvulsivos (carbamazepina, fenobarbital y fenitoína)</p> <p>La lamotrigina aumenta los niveles de fenitoína y probablemente de digoxina.</p> <p>La lamotrigina disminuye los niveles de fenitoína y valproatos</p> <p>Pueden provocar efectos secundarios significativos y graves el uso concomitante de lamotrigina y: Acetazolamida, alcohol, anticonceptivos, diclorfenamida y sertralina</p>	<p>En caso de presentar reacción de hipersensibilidad al fármaco o exantema durante el tratamiento.</p> <p>Relativas: Embarazo y lactancia</p>	<p>Se debe titular la dosis iniciando con 25-50 mg/día, con incrementos semanales de 50 mg/día</p> <p>Se debe tener precaución cuando se usa con valproatos.</p> <p>Se debe recomendar hasta donde sea posible, no exponerse al sol.</p>
5356	Lamotrigina	100mg (28 tabs)						

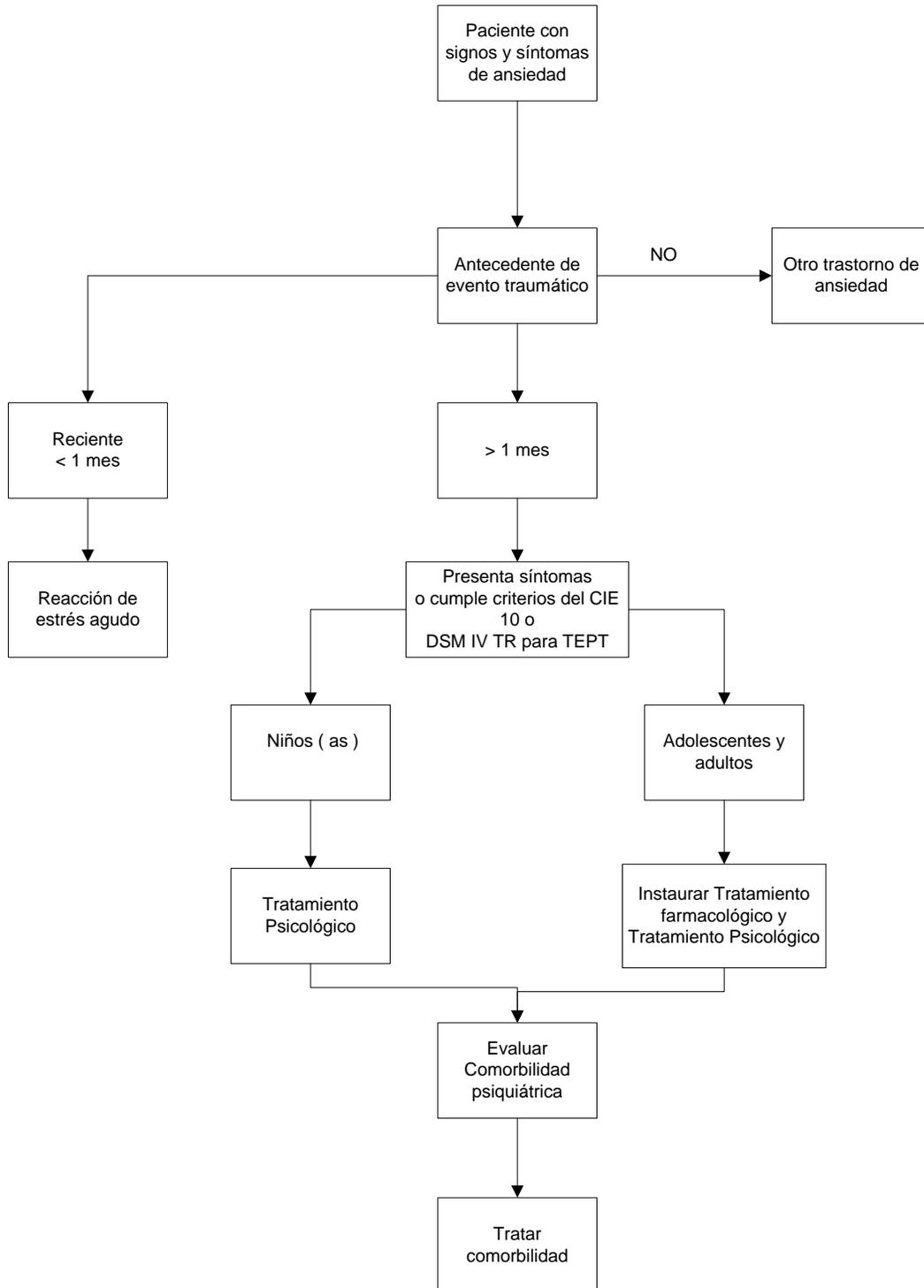
5365	Topiramato	25mg (60 o 100 tabs)	200-600 mg/día	12 meses Como coadyuvante del efecto del antidepresivo)	Somnolencia, mareo, alteraciones de la atención, memoria y concentración, alteraciones en la coordinación, parestesias y trastornos gastrointestinales.  Otros menos frecuentes: Litiasis renal, glaucoma, miopía de instalación aguda, oligohidrosis e hipertermia  Puede disminuir el bicarbonato de sodio y general acidosis metabólica hiperclorémica	Disminuye los niveles plasmáticos de anticonceptivos orales  La Carbamazepina, fenitoína y valproatos disminuye sus niveles plasmáticos  El etanol y otros depresores del sistema nervioso central potencian los efectos secundarios.  Los efectos pueden potenciarse al usarse concomitantemente con medicamentos que afectan la función renal (AINEs, diuréticos tiacídicos)	Hipersensibilidad al fármaco.  Uso concomitante con inhibidores de la anhidrasa carbónica (acetazolamida).  No se debe usar durante la lactancia  Relativa: Embarazo, Pacientes con gota, alteraciones paratifoideas y pacientes que requieren antiácidos.  Enfermedad renal o hepática	Se recomienda titular la dosis, iniciando con 25-50 mg/día, con incrementos de 50mg/día cada 4-7 días  Se recomienda moderar el consumo de leche y sustancias alcalinas e incrementar el consumo de líquidos
5363	Topiramato	100mg (60 o 100 tabs)						

**ALFA 1 ADRENÉRGICOS**

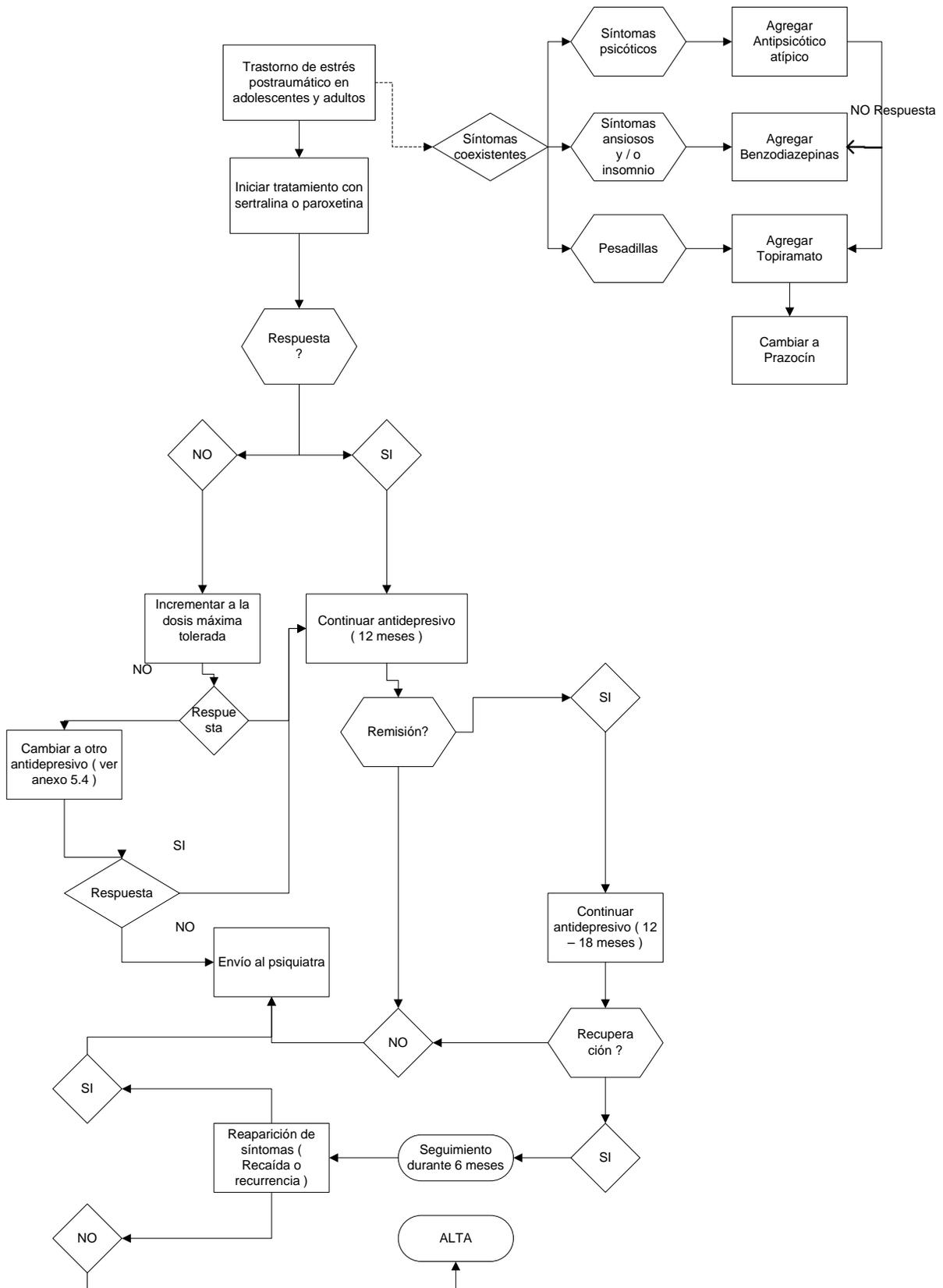
Clave	Principio activo	Presentacion	Dosis recomendada	Tiempo periodo de uso	Efectos adversos	interacciones	contraindicaciones	observaciones
	Prazosin	Caps 1 o 2 mg	3-15 mg /día	4 a 8 semanas	Astenia, mareo, cefalea, nausea, vomito, palpitaciones, diaforesis, sequedad de boca, priapismo, hipotension, sincope, vértigo, constipación, diarrea, tinnitus, bradicardia, taquicardia, alteraciones en pruebas de función hepática, artralgia, insomnio, nerviosismo, depresión, disnea, epistaxis, congestión nasal, alopecia, prurito, incontinencia urinaria, visión borrosa	Diureticos o agentes antihipertensivos presentan efecto aditivo antihipertensivo Uso conjunto con inhibidores PDE-5 con precaución ya que puede conducir hipotension sintomática	Pacientes con hipersensibilidad a las quinazilonas	

5.5 ALGORITMOS

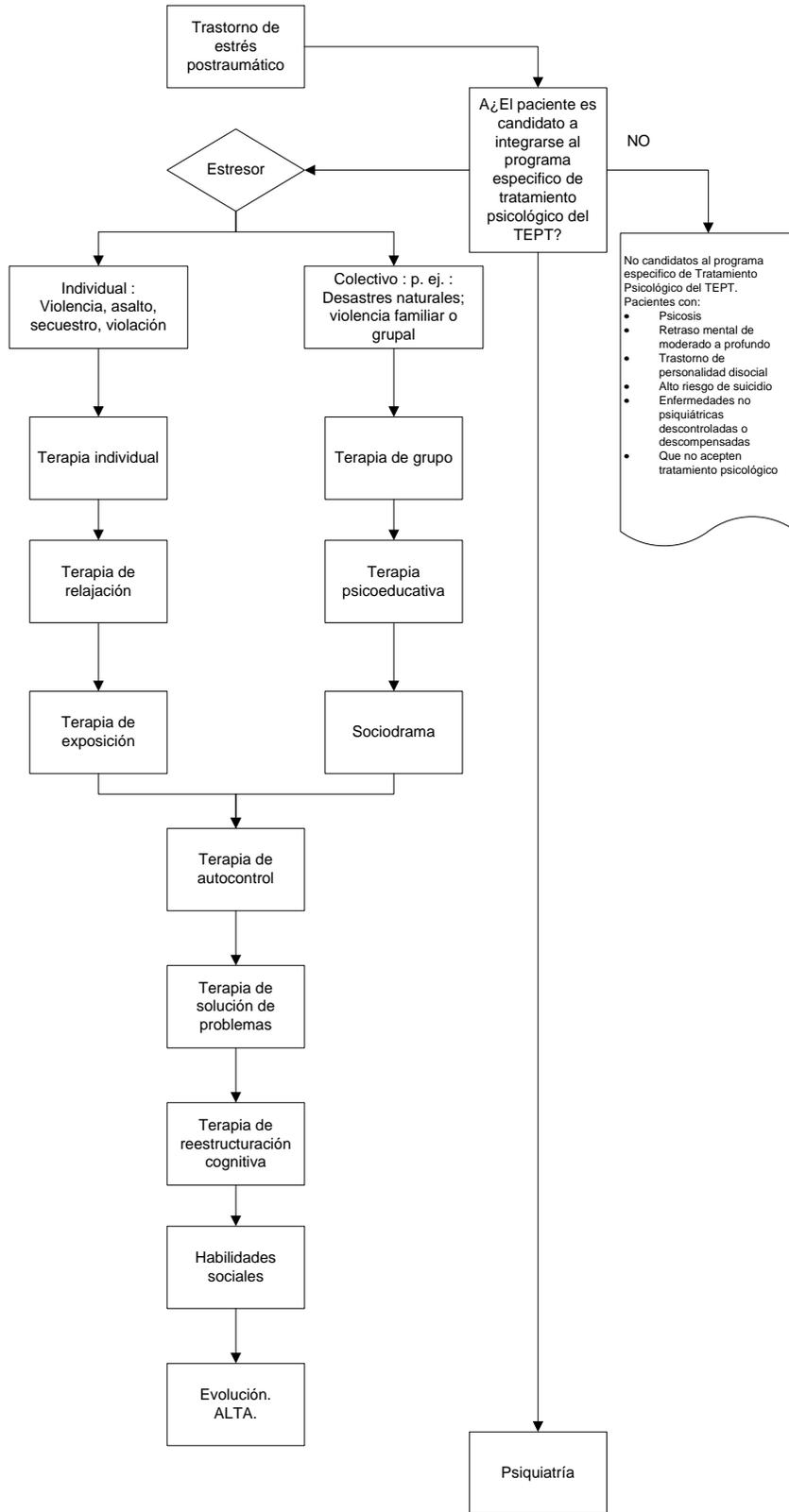
Algoritmo 1. Diagnóstico de Estrés Postraumático



Algoritmo 2. Tratamiento farmacológico del TEPT



**Algoritmo 3. Tratamiento no farmacológico**



## 6. GLOSARIO.

**Agitación** (agitación psicomotora): Excesiva actividad motora asociada con una sensación de tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, jalar el pelo, manosear los vestidos e incapacidad para permanecer sentado.

**Ansiedad:** La ansiedad es parte normal de la vida y constituye una respuesta habitual a situaciones cotidianas de la persona. Ante una señal o amenaza de peligro, se produce una reacción que nos ayuda a enfrentarnos y responder. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día.

La ansiedad es una emoción, que se acompaña de reacciones corporales tales como la tensión muscular, la sudoración, el temblor, la respiración agitada, el dolor de cabeza, de pecho o de espalda, las palpitaciones, la diarrea y otras muchas más.

Cuando se sobrepasa una intensidad que la hace intolerable o cuando dificulta la capacidad de adaptarse de la persona, la ansiedad puede afectar la vida cotidiana y puede convertirse en un problema.

**Ansiedad patológica:** Aprensión, tensión o inquietud que surgen de anticipar un peligro desconocido. Puede considerarse patológica cuando existe en cantidad tal que interfiere con la efectividad en la vida diaria, con el logro, o con una comodidad emocional razonable.

**Ansiogénico:** Situaciones, objetos o animales que en forma irracional desencadenan estados de ansiedad.

**Atención:** Capacidad para centrarse de manera persistente en un estímulo o actividad concretos. Un trastorno de la atención puede manifestarse por distraibilidad fácil o por dificultad para realizar tareas o concentrarse en el trabajo.

**Comorbilidad:** La existencia o la presencia de cualquier entidad distinta adicional durante el curso clínico de un paciente que tiene una enfermedad indexada bajo estudio.

**Educación para la salud:** Proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamiento para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

**Estrategia:** Método para resolver o controlar un problema.

**Factor de riesgo:** Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad; su asociación tiene efectos aditivos para desarrollar alteraciones de la salud.

**Flashbacks:** Episodios repetidos de volver a vivenciar el trauma en forma de recuerdos molestos ( reviviscencias)

**Insomnio:** Quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido o a causa de la mala calidad del sueño.

**Prevalencia:** La proporción de personas con un h Prevención secundaria medidas específicas para prevenir complicaciones en pacientes con una enfermedad particular

**Referencia:** Decisión médica en la que se define el envío de pacientes a un nivel de mayor capacidad resolutive para la atención de un daño específico a la salud, con base a criterios técnico médicos y administrativos.

**Relajación:** Esfuerzo activo, consciente, basado en la percepción de estados de contracción muscular seguida de la percepción de estados de relajación muscular

### **Terapia conductual cognitiva (TCC).**

Es una forma de intervención psicoterapéutica estructurada que utiliza diversas técnicas para intentar cambiar las creencias disfuncionales y los pensamientos automáticos negativos.

**Tolerancia:** Estado que se presenta cuando el cuerpo se acostumbra a un medicamento, de manera que es necesario una cantidad mayor de este medicamento.

**Unidad de referencia:** Unidad de atención médica de mayor complejidad o capacidad resolutive, a la cual se envía transitoriamente un paciente para el tratamiento de un daño a la salud específico.

### **Exposición**

Es un tipo de terapia conductual que implica la exposición deliberada a situaciones que anteriormente se evitaban o a estímulos temidos. Puede hacerse pidiéndole a la persona que se imagine tales situaciones, especialmente cuando la exposición directa es impracticable o difícil, modalidad que se denomina in vitro, interosceptiva o imaginaria. En contraste la exposición también puede ser in vivo o exteroceptiva a través de situaciones o estímulos reales.

### **Lista de espera**

Grupo de pacientes a los que se les registra y se les crea la expectativa de participar en el grupo en tratamiento.

### **NICE**

Forma parte de NHS (“National Health Service “de Inglaterra ). Su papel es proveer a médicos, pacientes y al público en general de la mejor evidencia posible, fundamentalmente informa de guías clínicas.

### **Reestructuración cognitiva**

Es una intervención que implica el planteamiento de preguntas para ayudar a las personas a cuestionar los pensamientos estereotipados y repetitivos y las imágenes que aumentan los temores, sustituyendo estos pensamientos irracionales o distorsionados por otros más racionales.

**Terapia conductual cognitiva**

Es una forma de intervención psicoterapéutica estructurada que utiliza diversas técnicas para intentar cambiar las creencias disfuncionales y los pensamientos automáticos negativos.

**Técnica de desensibilización sistemática**

Técnica de la terapia de conducta ampliamente usada para modificar las conductas asociadas con las fobias.

El sujeto debe construir una jerarquía de estímulos productores de ansiedad y exponerse gradualmente a ellos hasta que no se la provoque.

**Trastorno de estrés posttraumático**

Trastorno de ansiedad; tras sufrir un acontecimiento estresante, físico o mental, de carácter excepcional, inmediatamente o trascurrido un tiempo que puede superar los tres meses, se vuelve a revivir el acontecimiento de modo persistente y se evita activamente cualquier estímulo relacionado con el trauma; disminución de la capacidad general de respuesta y aumento de la excitación. El acontecimiento traumático puede consistir en cualquier situación relacionada con la muerte propia o ajena o amenaza de la integridad física y es seguido de una reacción inmediata de miedo intenso, desvalimiento y horror. El modo de revivirlo puede adoptar diversas formas: recuerdo recurrente, invasivo y agobiante con imágenes, pensamientos o percepciones del acontecimiento; sueños agitados recurrentes, sensación repentina de estar repitiéndose el acontecimiento (incluyendo episodios de recuerdos repentinos disociativos), o malestar psicológico intenso o reactividad fisiológica al ser expuesto a signos que simbolizan o recuerdan parte del acontecimiento. La persona afectada intenta evitar por todos los medios cualquier cosa que le pueda recordar la experiencia pasada; puede presentarse amnesia respecto a aspectos importantes del trauma; puede perder interés en actividades vitales importantes, sentirse desvinculado de los demás y ver la vida sin futuro. La persona afectada puede tener dificultades de sueño, sentirse irritada, tener explosiones de enfado, dificultad para concentrarse y sentir sobresaltos.

**Trauma**

Suceso o experiencia muy impactante vivida por un sujeto que produce diversos trastornos y un cambio psicopatológico persistente. Dicha experiencia adquiere categoría de trauma psíquico en relación a su intensidad y a la incapacidad del individuo para responder a ella en forma adecuada; es decir, desde el punto de vista energético expresa la necesidad del sujeto para contener y elaborar psíquicamente el monto de excitaciones recibidas.

## 7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Baxter SA, Mar A JJ. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial to assess the efficacy of topiramate in the treatment of post-traumatic stress disorder *BMC Psychiatry* 2009, 9:28 doi: 10.1186/1471-244X-9-28. This article is available from: <http://www.biomedcentral.com>
2. Berlant J. Topiramate in posttraumatic stress disorder: preliminary clinical observations. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 17 ) : 60 – 3.
3. Benedek DM, Fiedman MJ, Zatzick D, Ursano RJ. Guideline Watch (March 2009): Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric disorders 2004.
4. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, Cruz C. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2009;32(2):155-163
5. De Arellano M, Bridges A, Hernández M, et al. Trastorno por estrés posttraumático en niños. Una revisión. 2009. [www. Thefreelibrary. Com](http://www.thefreelibrary.com)
6. Difede J, Cukor J, Jayasinghe N, Patt I, Jedel S, Giosan C & Hoffman H. Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68:1639-1647
7. Ehlers A, Clark DM. Intensive Cognitive Therapy for PTSD: A Feasibility Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2010;38:383-398
8. Fernandez Rivas A, Villalobos Ortiz A., Ramos Rodriguez Prudencio. Trastorno reactivo del vínculo, TEPT y abuso crónico. Cap 8. Soutullo C, Mardomingo M. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. Panamericana. 2010. España.
9. Kessler R. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 4 – 12.
10. Lakshmi N, Ravindran, MD and Murray B. Stein, MD, MPH. Pharmacotherapy of PTSD: Premises, Principles, and Priorities. *Brain Res.* 2009 October 13; 1293: 24–39. doi:10.1016/j.brainres.2009.03.037.
11. Lara C, Medina – Mora E, Borgues G. Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatry epidemiology. *Salud Mental* 2007; 30: 4 – 11.
12. Lønborg P, Hegel M, Goldstein S, et al. Sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: results of 24 weeks of open label continuation treatments. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 325 – 31.

13. Medina-Mora ME, Borges-Guimares G, Lara C, Ramos-Lira L, Zambrano J, Fleiz-Bautista C. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública Mex* 2005; 47:8-22.
14. Medina-Mora ME, Guilherme Borges, Carmen Lara Muñoz<sup>4</sup>, Corina Benjet<sup>5</sup>, Jerónimo Blanco Jaimes<sup>6</sup>, Clara Fleiz Bautista<sup>5</sup>, Jorge Villatoro Velázquez<sup>5</sup>, Estela Rojas Guiot<sup>5</sup>, Joaquín Zambrano Ruíz<sup>5</sup>, Leticia Casanova Rodas<sup>5</sup>, Sergio Aguilar-Gaxiola<sup>7</sup> Preevalencia de Trastornos Mentales y uso de Servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Mexico. *Salud Mental* 2003; 26: 1-16
15. Mello MF, Yeh MS, Barbosa Neto J, Braga LL, Fiks JP, Mendes DD, Moriyama TS, Valente NL, Costa MC, Mattos P, Bressan RA, Adreoli SB, Mari JJ. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial to assess the efficacy of topiramate in the treatment of post-traumatic stress disorder. *BMC Psychiatry*. 2009.May 29;9:28
16. NICE. Post-traumatic stress disorder (PTSD) The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical Guideline 26 March 2005.
17. Palacios L, Heinze G. Trastorno de estrés postraumático: una revisión del tema (primera parte). *Salud Mental* 2002; 25: 19 – 26.
18. Palacios L, Heinze G. Trastorno de estrés postraumático: una revisión del tema (segunda parte). *Salud Mental* 2002; 25: 61 – 71.
19. Robert J. Ursano, M.D., Chair Carl Bell, M.D, Spencer Eth, M.D. Matthew Friedman, M.D., Ph.D. Ann Norwood, M.D. Betty Pfefferbaum, M.D., J.D. Robert S. Pynoos, M.D. Douglas F. Zatzick, M.D. David M. Benedek, M.D. Consultant. Practice guideline for the treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder, 2005
20. Rothbaum B. Tratamientos psicosociales para el trastorno por estrés postraumático. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002 ; 2 : 50 –
21. Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Tratamiento farmacológico para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
22. Taylor F, Martin P, Thompson C, et al. Prazosin Effects on Objective Sleep Measures and Clinical Symptoms in Civilian Trauma PTSD: A Placebo-Controlled Study. *Biol Psychiatry* 2008; 15; 63 : 629 – 32
23. Wheaton B. Models for the Stress-Buffering Functions of Coping Resources. 1985 *Journal of Health and Social Behavior*. 1985M Vol 26(4)353-364

## 8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

### Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Lic. Francisco García	Licenciado e Bibliotecología adscrito al CENAIDS. Instituto Mexicano del Seguro Social
Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAÉ
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAÉ

## 9. COMITÉ ACADÉMICO.

### Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica Clínicos
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefe de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

## 10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

### Directorio sectorial.

**Secretaría de Salud**

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

**Secretario de Salud**

**Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS**

Mtro. Daniel Karam Toumeh

**Director General**

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE**

Lic. Jesús Villalobos López

**Director General**

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

**Titular del organismo SNDIF**

**Petróleos Mexicanos / PEMEX**

Dr. Juan José Suárez Coppel

**Director General**

**Secretaría de Marina**

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

**Secretario de Marina**

**Secretaría de la Defensa Nacional**

General Guillermo Galván Galván

**Secretario de la Defensa Nacional**

**Consejo de Salubridad General**

Dr. Enrique Ruelas Barajas

**Secretario del Consejo de Salubridad General**

### Directorio institucional.

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. Santiago Echevarría Zuno

**Director de Prestaciones Médicas**

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

**Titular de la Unidad de Atención Médica**

Dr. José de Jesús González Izquierdo

**Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad**

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

**Coordinadora de Áreas Médicas**

Dr. Arturo Viniegra Osorio

**División de Excelencia Clínica**

## 11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez <b>Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud</b>	Presidenta
M en A María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC</b>	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos <b>Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto <b>Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuell Lee <b>Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albalull <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
Dr. James Gómez Montes <b>Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas</b>	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega <b>Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal</b>	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García <b>Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora</b>	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Dra. Mercedes Juan López <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud</b>	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina</b>	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud</b>	Asesor Permanente