

## HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERON



### “PROCOLO DE MANEJO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO”

PROCESO: AGREGADOR DE VALOR / COMPLEMENTARIO TERAPEUTICO

SUBPROCESO: SALUD MENTAL

22 de Diciembre del 2023

	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>
<b>Elaborado por:</b>	Dra. Álvarez Bayas Tania Fabiola	Especialista en Psiquiatría	
	Dr. Cabezas Francisco Santiago	Especialista en Psiquiatría	
	Psc. Gómez Coello Cadena Daniel	Psicólogo Clínico	
	Dra. Granda Vivanco Verónica Salomé	Especialista en Psiquiatría	
	Psc. Muñoz Benavides María Isolina	Psicóloga Infantil	
	Psc. Proaño López Andrea Carolina	Psicóloga Clínica	
	Psc. Sánchez Carvajal Mirella Patricia	Psicóloga Clínica	
	Dr. Torres Dávila Sandra Genoveva	Especialista en Psiquiatría	
	Psc. Zea Pachacama Paola Cristina	Psicóloga Clínica	
	Psc. Silvia Moserrat Chávez Lucero	Psicóloga Clínica	
<b>Revisado por:</b>	Lic. Fanny Marisol Basantes	Responsable de Gestión de Calidad	
	Dra. Margarita Mediavilla	Responsable de Gestión de Apoyo Terapéutico	
<b>Validado por:</b>	Dra. Ximena Alexandra Ríos	Dirección Asistencial	
<b>Aprobado por:</b>	Dr. Juan Pablo Velasco	Gerente del HGDC	

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este protocolo”.

## Contenido

1. INTRODUCCIÓN:.....	4
2. OBJETIVO.....	4
3. ALCANCE .....	4
4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS: .....	4
5. DIAGNÓSTICO .....	7
6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	9
7. TRATAMIENTO.....	10
7.1 Farmacológico: .....	10
7.2 No farmacológico:.....	12
7.3 Tratamiento de especialidad .....	15
8. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO .....	16
8.1 Hospitalización o Terapia Intensiva: .....	16
8.2 Referencia/Contrarreferencia: .....	16
8.3 Alta y Referencia Inversa:.....	16
9. BIBLIOGRAFÍA.....	16
10. CONTROL DE CAMBIOS.....	18
11. ANEXOS .....	18
12. Diagrama de flujos.....	19

## 1. INTRODUCCIÓN:

El área de Especialidades en Salud Mental está desarrollando protocolos que guíen la intervención en las patologías de mayor morbilidad, atendidas en el Hospital General Docente de Calderón (HGDC).

El Trastorno de Estrés Postraumático, acorde a datos proporcionados por el área de estadística del HGDC, de casos atendidos en el período 2016 hasta el 2022 por el servicio de especialidades en Salud Mental (Psiquiatría, Psicología Clínica, Psicología Infantil), la morbilidad corresponde a 246 de un total de 9482 casos, atendidos en el año 2022. (1).

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – revisado (DSM IV TR) el Trastorno de Estrés Postraumático, está presente en el 3,5 % de la población general; se eleva en poblaciones en riesgo como soldados, etc., aproximadamente de 7 a 8 % de personas presentarán este trastorno en algún momento de sus vidas. Las mujeres son más propensas que los hombres a presentarlo, según el National Institute of Mental Health. (2) (3) (4).

El Trastorno de Estrés Postraumático, aparece como una respuesta tardía o diferida a una situación de alta tensión emocional o también denominada estresante, sea esta por un corto período de tiempo o prolongada en el mismo, pueden ser catástrofes naturales, antropológicas, sociales, guerras, accidentes, violaciones, etc., todo aquello que ponga en riesgo la integridad física y/o mental de un ser humano. (5)

## 2. OBJETIVO

Dotar a los profesionales de Salud Mental del HGDC de directrices para el diagnóstico y tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático en consulta ambulatoria, hospitalización y emergencia.

## 3. ALCANCE

Este protocolo será aplicado por el equipo de salud mental en los procesos de consulta externa, hospitalización y emergencia

## 4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS:

La Clasificación internacional de enfermedades, (CIE 10) refiere que: El Trastorno de

Estrés Postraumático, “Surge como respuesta retardada o tardía a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causarían angustia generalizada a casi cualquier persona. Los factores predisponentes, como los rasgos de la personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos), o una historia de males neuróticos previos, pueden incidir en una reducción del umbral tras el cual se desarrolla el síndrome, o se agrava su evolución, pero ninguno de estos antecedentes es necesario ni suficiente para explicar su aparición.

Entre sus características distintivas se encuentran los episodios repetidos en que se revive el trauma a través de recuerdos intrusos (“retrospectivas”), sueños o pesadillas que ocurren sobre un fondo persistente de “torpor” y de aplanamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de respuesta a las circunstancias, de anhedonia y de impedimento de las actividades y de las situaciones que le recuerdan el trauma. Habitualmente hay un estado de alerta excesivo en la esfera autonómica, con hipervigilancia, incremento de la reacción de alarma e insomnio. La ansiedad y la depresión se asocian con frecuencia con los síntomas y los signos descritos, y no son infrecuentes las ideas suicidas.

El comienzo del trastorno sigue a la presentación del trauma con un período de latencia que puede variar desde pocas semanas a unos meses. La evolución es fluctuante, aun cuando en la mayoría de los casos se puede esperar una recuperación. En una pequeña proporción de los casos la afección puede presentar un curso crónico de varios años, con un eventual cambio perdurable de la personalidad”. (6).

Respecto del tiempo de manifestación del trastorno, los síntomas pueden presentarse casi inmediatamente con la experiencia traumática, o aparecer en forma retardada hasta seis meses de ocurrido el acontecimiento traumático. (7) aunque, de acuerdo con la hipótesis de inoculación de estrés, los factores estresantes previos, en algunos casos, pueden mejorar la capacidad de sujeto para hacer frente a los factores estresantes posteriores, aumentando así la resiliencia psiquiátrica. (8)

La prevalencia de vida del TEPT varía según el origen social y el país de residencia, oscilando entre 1,3 y 12,2%, y la prevalencia de 1 año es de 0,2 a 3,8%.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es la consecuencia psicopatológica más prevalente de la exposición a eventos traumáticos. La prevalencia de por vida del TEPT varía según el origen social y el país de residencia, oscilando entre 1,3 y 12,2%, y la prevalencia de 1 año es de 0,2 a 3,8%.

Las características principales del TEPT son la persistencia de reacciones intensas, angustiosas y temerosamente evitadas a los recordatorios del evento desencadenante, alteración del estado de ánimo y la cognición, una sensación generalizada de amenaza inminente, trastornos del sueño e hipervigilancia. (7)

Los criterios diagnósticos para el TEPT se han actualizado sustancialmente en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (DSM-5), en comparación con la cuarta edición (DSM-IV-TR) (8)

El TEPT ahora pertenece a una nueva categoría, llamada "Trastornos relacionados con el trauma y el estrés"; la evitación se ha agregado como uno de los "grupos de diagnóstico" requeridos, se destacan las cogniciones negativas, y los eventos traumáticos no están definidos por una reacción inicial de miedo, horror o impotencia (9).

En contraste, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, 11ª Revisión (ICD-11), conserva seis síntomas específicos del TEPT y elimina los que comparten otros trastornos.

Los nuevos criterios diagnósticos destacan las cogniciones negativas relacionadas con el TEPT, la auto denigración y las visiones negativas del mundo, alientan a los médicos a considerar estos en sus evaluaciones e intervenciones. Las discrepancias entre el diagnóstico deben alertar a los médicos sobre la diferencia fundamental entre diagnóstico criterios, que están destinados a indexar trastornos, y la gama más completa de síntomas en pacientes (10).

La sintomatología no se deberá presentar por algún otro trastorno, tampoco será consecuencia de una sustancia, medicamento o enfermedad médica, además debe haber un deterioro de las áreas laborales, sociales, familiares, o cualquiera de importancia para el paciente, y tampoco se deberá a un proceso de duelo.

## 5. DIAGNÓSTICO

Es un trastorno psiquiátrico, que se presenta con una agrupación de manifestaciones clínicas basadas en cuatro grupos de síntomas que son: evitación, adormecimiento, hiperexcitación y el sello distintivo de reexperimentación o síntomas intrusivos, que incluyen pensamientos no deseados, flashbacks y pesadillas. (11)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), utiliza para la valoración de pacientes atendidos, los criterios diagnósticos de la CIE 10, en virtud de lo cual se citarán los mismos a continuación:

El Trastorno de Estrés Postraumático se identifica bajo los siguientes criterios diagnósticos según la CIE 10:

- A. El paciente ha debido exponerse a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo.
- B. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (flashbacks), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas y relacionadas con el agente estresante.
- C. Evitación de circunstancias parecidas relacionadas al agente estresante (no presentes antes de la exposición al mismo).
- D. Una de las dos:
  - 1) Incapacidad para recordar parcial o completa, respecto a aspectos importantes del período de exposición al agente estresante.
  - 2) Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición al agente estresante) puestos de manifiesto por al menos dos de los síntomas siguientes:
    - a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
    - b) Irritabilidad.
    - c) Dificultad de concentración
    - d) Facilidad para distraerse

e) Respuesta de alarma (sobresaltos) y aprensión exageradas.

E. Los criterios B, C y D se satisfacen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin del período de estrés (el comienzo retrasado más de 6 meses puede incluirse en circunstancias especiales, lo cual debe especificarse claramente).

A pesar de que aún estén en transición existen al momento modificaciones dentro de los criterios clínicos diagnósticos, los cuales se encuentran plasmados en el CIE11, por lo que se resalta la importancia de su conocimiento y se los nombra a continuación. (12)

1. Volver a experimentar el evento o eventos traumáticos en el presente en forma de vívidos recuerdos intrusivos, flashbacks o pesadillas. La re-vivencia puede ocurrir a través de una o múltiples modalidades sensoriales y típicamente va acompañada de emociones fuertes o abrumadoras, particularmente miedo u horror, y fuertes sensaciones físicas.
2. Evitar pensamientos y recuerdos del evento o eventos, o evitar actividades, situaciones o personas que recuerden el evento (s).
3. Percepciones persistentes de una amenaza actual acentuada, por ejemplo, como lo indica la hipervigilancia o una reacción de sobresalto aumentada ante estímulos como ruidos inesperados.

Los síntomas persisten durante al menos varias semanas y causan un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.

### **5.1 Exámenes de gabinete**

La sintomatología del trastorno de estrés postraumático no es exclusiva de la patología y podrían existir síntomas que enmascaren a patologías clínicas de base, por lo que es importante realizar una adecuada historia clínica para diferenciarlos, a continuación se describe las principales patologías relacionadas. (13)

- Hipo e hipertiroidismo
- Diabetes mellitus
- Insuficiencia renal
- Feocromocitoma

- Alteraciones Pulmonares
- Alteraciones hidroelectrolíticas
- Déficits vitamínicos

Por lo descrito anteriormente, el examen físico debe realizarse como parte del estudio completo para descartar cualquier trastorno médico o neurológico. Se verifican las pruebas de laboratorio de rutina como hemograma completo, toxicología en orina, TSH, vitamina B12, niveles de folato. Las personas pueden presentar lesiones físicas en relación con el trauma y, en consecuencia, los estudios de neuroimagen como la tomografía computarizada y la resonancia magnética del cerebro están indicados según la historia y la presentación. (14)

## 5.2 Escalas de estratificación

El diagnóstico del trastorno junto con su seguimiento y evolución se basa en las características clínicas, sin embargo existen escalas que pueden ser utilizadas entre las principales tenemos: Lista de verificación de PTSD para DSM-5 (PCL-5), la Lista de verificación de síntomas de trauma - 40 (TSC-40), las cuales deben ser aplicadas e interpretadas por profesionales capacitados en entrenamientos de su uso. (14)

## 6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es importante reconocer los factores orgánicos potencialmente tratables que presenten síntomas postraumáticos, así como el traumatismo craneoencefálico. Además de causas orgánicas que puedan exacerbar la sintomatología tales como la epilepsia, trastornos de consumo de alcohol o de otras sustancias.

El trastorno de estrés agudo (TEA) es considerado de los principales diagnósticos diferenciales debido a que ambos trastornos surgen como resultado de un evento traumático, presentando la misma sintomatología, pero, con la diferencia del criterio temporal: el TEA resuelve en el primer mes posterior al evento traumático(15,16). Además, el TEPT puede presentar sintomatología difícil de distinguir del trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno límite de personalidad, trastornos disociativos y trastornos facticios (17)

## 7. TRATAMIENTO

### 7.1 Farmacológico:

El tratamiento farmacológico de primera línea lo conforman los inhibidores selectivos de recaptura de la serotonina (ISRS): fluoxetina, sertralina y paroxetina, debido a su tolerabilidad, eficacia y perfil de seguridad. Con estos fármacos se reducen los síntomas de todas las agrupaciones sintomáticas del TEPT, además son efectivos en los síntomas exclusivos de TEPT, como los pensamientos intrusivos y los flashbacks, la irritabilidad, problemas de concentración, hipervigilancia y no solo de síntomas similares a los de depresión (20).

Los ensayos clínicos comparativos sugieren que el uso de la monoterapia con ISRS o la terapia centrada en el trauma con exposición son en gran medida comparablemente efectivos para el TEPT, con alguna ventaja para la psicoterapia y que la elección entre los dos debe basarse en la preferencia del paciente (21)

En el TEPT, la mayor evidencia de eficacia clínica se encuentra principalmente en los ensayos que investigan la paroxetina, la sertralina y la venlafaxina. (17). Aunque algunos ISRS son más efectivos que el placebo para reducir los síntomas, el tamaño del efecto de estos medicamentos suele ser pequeño, con una alta resistencia al tratamiento en cierta población, por ejemplo, en los veteranos (18).

Las benzodiazepinas no son eficaces en el tratamiento del TEPT debido a que sus posibles beneficios son sobrepasados por sus riesgos: agravamiento del TEPT existente, agresión, depresión, uso de sustancias y empeoramiento de los resultados de psicoterapia (19).

### 7.2. Administración:

Los inhibidores de la receptación de serotonina (ISRS e IRSN) generalmente se inician en el extremo inferior de su rango terapéutico y se aumentan gradualmente hasta que se logra la respuesta. Las dosis iniciales habituales, las dosis iniciales bajas y los rangos de dosis terapéuticas para los que se usan comúnmente se muestran en una tabla (tabla 1).

Aunque no hay evidencia clara de una relación dosis-respuesta para los inhibidores de la

recaptación de serotonina en el TEPT, es una práctica común llevar la dosis al extremo más alto del rango terapéutico (en la medida en que el paciente lo tolere) antes de concluir que un ensayo terapéutico ha fallado consideramos que un ensayo terapéutico con un inhibidor de la recaptación de serotonina dura un mínimo de seis a ocho semanas con la dosis máxima tolerada dentro del rango terapéutico, antes de concluir que el medicamento ha fallado. (22,23)

**Tabla 1.**

Descripción	Dosis inicial habitual, mg	Dosis inicial baja, mg	Dosis terapéutica (diaria), mg
Paroxetina	20	5 a 10	20 a 60
Sertralina	50	12.5 a 25	50 a 250
Fluvoxamina	50	25	100 a 300*
Fluoxetina	20	5 a 10	20 a 60
Citalopram	20	10	20 a 40 †
Escitalopram	10	10	20 a 40
Venlafaxina liberación prolongada)	37.5	37.5	37,5 a 300

ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; IRSN: inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina.

\* Si se usa una preparación de fluvoxamina de liberación inmediata, la dosis que se muestra en la tabla debe administrarse en dos dosis divididas.

\*La dosis máxima recomendada de citalopram es de 20 mg para pacientes >60 años de edad, con insuficiencia hepática significativa o que toman medicamentos que interactúan y que pueden aumentar los niveles de citalopram. (23)

### 7.3. Antipsicóticos de segunda generación

Indicado en personas con psicosis prominente en el contexto del TEPT. Por ejemplo, si

estamos aumentando un ISRS con risperidona, comenzaríamos con 0,5 mg por vía oral por la noche. Después de una semana aumentamos en incrementos semanales de 0,5 mg o incrementos de 1 mg hasta un máximo de 4 mg/día. (23)

Una opción alternativa es la quetiapina que comenzaríamos con 25 mg por vía oral por la noche y aumentaríamos una semana después si la respuesta es inadecuada.

Valoramos semanalmente en incrementos de 50 mg. (21)

Si no se observa ningún beneficio clínico después de dos o tres semanas de tratamiento con la dosis máxima tolerada, descontinuamos gradualmente el medicamento para disminuir el riesgo de efectos secundarios.

## 7.2 No farmacológico:

Independientemente del enfoque terapéutico que se ocupe, los objetivos del tratamiento psicológico deben considerar:

- Individualizar y evaluar el caso.
- Realizar una planificación terapéutica, consensuada con el paciente.
- Fortalecer la relación terapéutica
- Mejorar el estado anímico.
- Alivio sintomático.
- Reducir el nivel de estrés psicofisiológico.
- Enfrentar de forma segura la situación temida.
- Reconocer patrones cognitivos que le estancan.
- Fortalecimiento de estrategias de afrontamiento.
- Fortalecimiento de habilidades sociales.
- Fortalecimiento de redes de apoyo.
- Práctica de estilos de vida saludable.
- Prevención de recaídas.

Existen varios tratamientos que se utilizan en la TEPT que han demostrado ser efectivos, a continuación, se indican algunas de estas investigaciones:

Guerra & Barrera (2017) (24), realizaron una evaluación piloto del tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma en un grupo de adolescentes víctimas de abuso sexual internadas en un centro de atención a víctimas, mencionan que en sus resultados disminuyó la sintomatología el grupo de tratamiento, y en el grupo de comparación no mostró variaciones. En este estudio además desataca algo muy importante que el éxito de cualquier terapia depende también de mantener condiciones de seguridad y apoyo social.

Gil-Iñiguez (2016) (25), realiza un estudio de un caso sobre estrés postraumático por violencia sexual, menciona que realizó psicoeducación, reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, habilidades sociales, entrenamiento en relajación y control de la respiración y desensibilización sistemática. Manifiesta que utilizó la desensibilización sistemática, ya que la paciente se sentía muy ansiosa al re experimentar los eventos traumáticos. Esta situación nos indica que siempre debemos individualizar la atención, por cada persona es un mundo propio.

Guzmán, Ferrán, et al (2015) (26) realiza una revisión de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para el trastorno por estrés postraumático, para ello compara la terapia de exposición prolongada (TEP), la terapia de procesamiento cognitivo (TPC), la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCCCT) y la desensibilización y reprocesamiento de movimiento ocular (DRMO), concluyen que las terapias revisadas tienen suficiente evidencia que respalda su efectividad, y que con una buena opción terapéutica.

Todas las terapias tenían elementos en común, como son la exposición al evento traumático (en vivo o imaginado), se plantea que la exposición ayuda modificar las cogniciones disfuncionales que se mantienen en el TEPT, además de permitir la reexperimentación en un contexto de seguridad.

Terapia de exposición prolongada, no finaliza hasta que las emociones negativas desciendan significativamente, lo cual se logra al fomentar la actividad de la corteza parietal superior, asociado con procesos atencionales. La terapia de exposición prolongada consiste de cuatro componentes fundamentales, psicoeducación sobre el trauma, entrenamiento en respiración, exposición en vivo a los estímulos temidos y exposición al recuerdo.(31) La DRMO, en esta técnica la información del evento traumático permanece sin haber sido procesada correctamente, manteniendo bloqueado las cogniciones, conductas y

sentimientos relacionados al evento, su aplicación facilitaría el reprocesamiento del evento traumático y gracias a estos los síntomas pueden aliviarse a medida que los pacientes superan el evento traumático, mientras se encuentran en un estado de relajación profunda.  
(31)

Otra semejanza de las terapias utilizadas, es el trabajo sobre la identificación y modificación de creencias sobre sí mismo, los demás y el mundo que se generan por el trauma, excepto el DRMO que trabaja sobre la memoria del trauma y memoria positiva para la disminución de la respuesta traumática. En estas terapias se trabaja con técnicas de respiración y relajación.

García, Alós & Pérez (2016), realizan una revisión de tratamientos psicológicos disponibles, en el estrés postraumático en supervivientes al cáncer, donde concluyen, que las intervenciones psicológicas con mayor evidencia son: la terapia de tipo cognitivo-conductual y el mindfulness, delante del entrenamiento en el manejo del estrés, terapia neuro-emocional, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y counseling.

Sanz & García-Vera (2015) (27) realizan una revisión de técnicas para el tratamiento de víctimas de atentados terroristas, encuentran que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma resulta eficaz y útil.

En la guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del estrés postraumático (2011) (28), citando a la guía NICE (2005), recomiendan que la terapia cognitiva conductual como la estrategia que ha probado ser más efectiva para reducir los síntomas, menciona que los programas son enfocados al trauma, al manejo del estrés y terapia de grupo.

El tiempo de tratamiento dependerá de muchos factores, como lo es el tiempo que ha pasado desde el evento, comorbilidades, factores de riesgo y protectores. Recomiendan que el tratamiento sea lo más pronto posible. La terapia centrada en el trauma señala 8 a 12 sesiones, realizadas de forma semanal, siempre con el mismo terapeuta. Dentro de las técnicas utilizadas están: relajamiento muscular, exposición, auto control, habilidades sociales, reestructuración cognitiva, auto instrucciones, psicoeducación, detección de pensamiento.

Mingote, Machón, et al (2001) (29), refieren que el tratamiento debe contemplar la psicoeducación y tratamiento psicológico y farmacológico de continuar los síntomas. Menciona que dentro de la terapia debido a la complejidad del trastorno se encuentran mejores resultados integrando diferentes procedimientos técnicos: técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, autoafirmación personal, adquisición de habilidades sociales, análisis de los conflictos personales e interpersonales, para lograr una profunda reorganización mental.

Dentro de las técnicas principales que se puede utilizar tenemos: psicoeducación, ejercicios de respiración, relajamiento muscular, reestructuración cognitiva, detección y distracción de pensamiento, auto instrucciones, introspección. Otros tipos de tratamientos que el paciente puede utilizar son lecturas, programas de autoayuda, ejercicios de autocontrol, apoyarse en la familia o grupos de pares, actividad física.

Echeburúa & Cruz-Sáez (2015) (30), refiere que se debe trabajar para que las víctimas dejen de conceptuarse como de esa forma lo antes posible, ya que eso es un estado transitorio y no un rasgo y que deben estar presentes mientras los mecanismos adaptativos reparan la situación sufrida. Mencionan que no se debe preponderar el valor del desvalimiento sobre el valor del esfuerzo adaptativo.

Terapia de relajación, tiene como objetivo entrenar al paciente a controlar su propia tensión corporal y ansiedad con secuencias de ejercicios de tensión y relajación muscular en las principales áreas asociadas al estrés. (31)

Como parte de la preparación para el tratamiento, el paciente debe ser informado de que al principio puede sentirse peor, y que durante este tiempo puede aumentar su impulsividad e irritabilidad o recaer en el consumo de sustancias. Es importante que le comunique estos cambios al terapeuta para regular el ritmo y la intensidad del tratamiento, incluso suspenderlo e iniciar otro tratamiento. (32)

### **7.3 Tratamiento de especialidad**

En caso de que los pacientes tengan comorbilidades deberán ser manejadas por las especialidades correspondientes.

## 8. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

### 8.1 Hospitalización o Terapia Intensiva:

Este diagnóstico no requiere por sí mismo el ingreso hospitalario, pero puede requerir hospitalización en caso de que el paciente acuda por un intento autolítico grave, riesgo suicida, consumo de sustancias en estado de abstinencia o con descompensación de patología médica.

### 8.2 Referencia/Contrarreferencia:

Este diagnóstico no requiere por sí mismo la referencia a un nivel de mayor complejidad, pero podría requerirse un nivel mayor de complejidad debido a comorbilidades que puedan estar asociadas y que sean el motivo de consulta, como el consumo de sustancias, cuadros depresivos graves, intentos autolíticos, riesgo suicida. La referencia se realizará de acuerdo con la normativa vigente.

### 8.3 Alta y Referencia Inversa:

Tras disminución de sintomatología principal del cuadro clínico, se referirá al primer nivel de atención para el seguimiento respectivo.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Área de estadística (HGDC). Estadística Hospital General Docente de Calderón. Quito-Ecuador; 2019.
2. Trastorno de Estrés Postraumático. Campos M.R. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXIII (619) 233 - 240, 2016.  
<https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/619/art07.pdf>
3. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – revisado (DSM-IV-TR). Masson, editor. Barcelona,; 2000. 1049 p.  
<http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
4. Trastorno de Estrés Postraumático. National Institute of Mental Health.

[https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/sqf-16-6388\\_156346.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/sqf-16-6388_156346.pdf)

5. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Panamericana. Ginebra; 1992.

<http://webs.ucm.es/info/psclinic/guiarefrat/trastornos/TEPT/cietept.php>

7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013

8. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depress Anxiety* 2014;31:130-42.

9. Kendler KS. Phenomenology of schizophrenia and the representativeness of modern diagnostic criteria. *JAMA Psychiatry* 2016;73:1082-92.

10. Martin, A., Naunton, M., Kosari, S., Peterson, G., Thomas, J., & Christenson, J. K. (2021). Treatment guidelines for PTSD: a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, (18), 4175. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8471692/>

11. Herramienta de búsqueda OMS CIE11 [https://icd.who.int/ct11/icd11\\_mms/es/release](https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/es/release)

12. Mann, S. K., & Marwaha, R. (2021). Posttraumatic Stress Disorder.[Updated 2021 Jul 7]. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559129/>

13. Lorenzo Ruiz A, Guerrero Angeles E. Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por estrés postraumatic o estrés traumático secundario? *Revista Puertorriqueña de Psicología* [Internet]. 2017;(28):252-265. Disponible en: <http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/363/32>

14. Campos M. Trastorno de estrés postraumático [Internet]. *Revista Medica de Costa Rica*. 2016 [cited 19 March 2020]. Available from: <http://www.revistamedicacr.com/index.php/rmcr/article/view/124>

15. Crespo Generelo T, Camarillo Gutiérrez L, Ruiz H de Diego. Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine* [Internet]. 2019;(12):4918-4928. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>

16. Cipriani A, Williams T, Nikolakopoulou A, Salanti G, Chaimani A, et al. 2017. Eficacia comparativa y aceptabilidad de los tratamientos farmacológicos para el trastorno de estrés postraumático en adultos: un metanálisis en red . *Psychol Med* :1–10

17. Abdallah, C. G., Averill, L. A., Akiki, T. J., Raza, M., Averill, C. L., Gomaa, H., Adikey,

- A., & Krystal, J. H. (2019). The Neurobiology and Pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder. Annual review of pharmacology and toxicology, 59, 171–189. <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-010818-021701>
18. Bados A. Trastorno por estrés postraumático. [Internet]. 2020, Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115725/1/TEPT.pdf>
19. Bermudez L, Barrantes M, Alvarez, G., Revista Médica SinergiaVol.5 (9), Septiembre 2020 ISSN:2215-4523 / e-ISSN:2215-5279 <http://revistamedicasinerqia.com>
22. Murray B. Stein, MD, MPH. Manejo del trastorno de estrés postraumático en adultos, en: UpToDate, Shefner JM (Ed), UpToDate, Waltham, MA, Última actualización de este tema: 03 de octubre de 2022 (accedido abril 2023.)
23. Gascón MRP, Ribeiro CM, Bueno LM de A, Benute GRG, Lucia MCS de, Rivitti EA, et al. Prevalence of depression and anxiety disorders in hospitalized patients at the dermatology clinical ward of a university hospital. An Bras Dermatol [Internet]. 2012;87(3):403–7. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84863098992&partnerID=tZOtx3y1>
24. Gil Iñiguez A. Intervención en un caso de trastorno de estrés postraumático por violencia sexual. Rev Psicol Clínica con Niños y Adolesc. 2016;3(1):75–80.
25. Bermúdez Durán Laura Vanessa, B. M. (Vol.5 Num.9, Setiembre 2020). Trastorno por estrés postrauma. Revista Médico Sinergia.}
26. Mingote Adán José Carlos, M. B. (nº 71 Mayo-Agosto 2022). Tratamiento de Víctimas de la Guerra con Trastorno de Estres Postraumatico. Encuentros Multidisciplinarios, 1-46

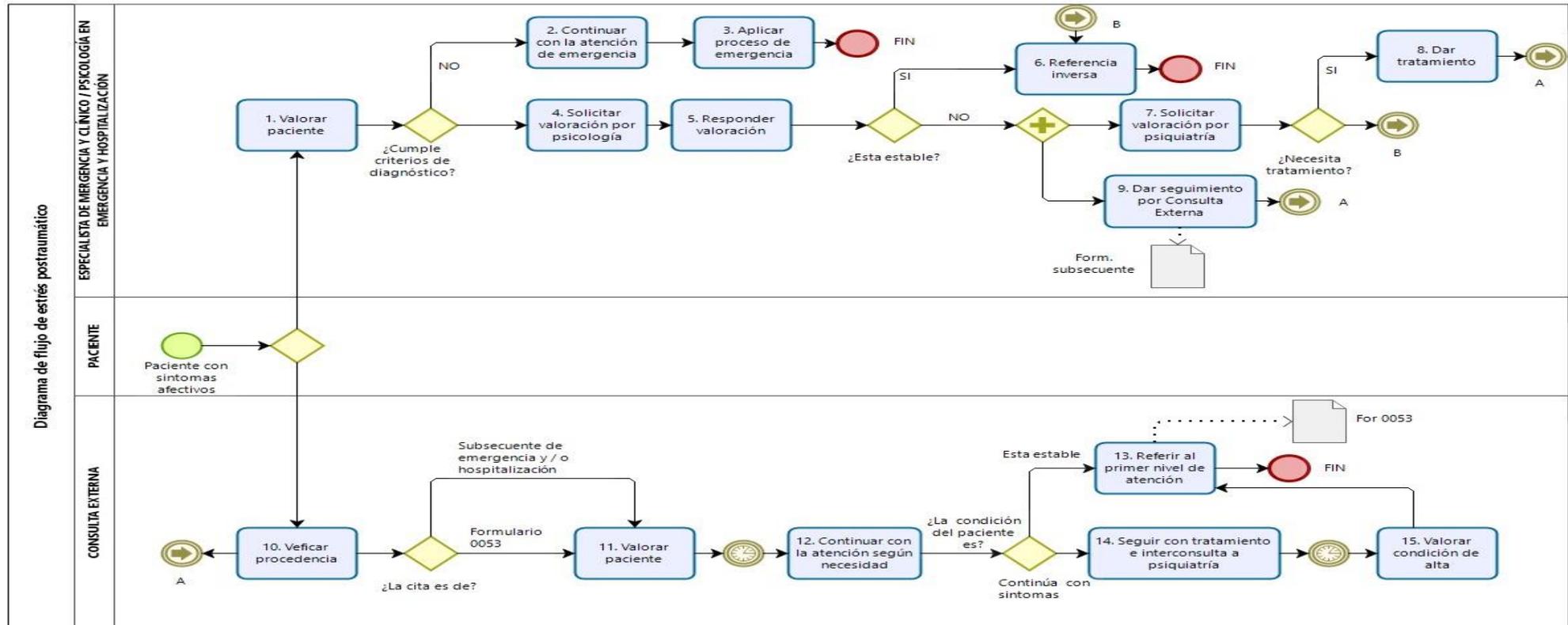
## 10. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CA	VERSIÓN
22/12/2023	Versión Inicial	N/A	001

## 11. ANEXOS

N/A

12. Diagrama de flujo, ver link [https://drive.google.com/file/d/1bG5d\\_R1ytdnH3DZqLLf9ZM0ldISdONaM/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/1bG5d_R1ytdnH3DZqLLf9ZM0ldISdONaM/view?usp=drive_link)



**Diagrama de flujo del de  
estrés postraumático**

**Autor:** Lcda. Marisol Basantes/Calidad  
**Versión:** 001  
**Descripción:** Protocolo de manejo del estrés postraumático