



Tratamientos basados en la evidencia para el TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

Autor: Juan José Lucena Muñoz.
Psicólogo.
Escuela Andaluza de Salud Pública.

Fecha de creación: septiembre de 2008.

Actualizado por: Carmen Díaz González.
Psicóloga Clínica.
USMC Lucena. Servicio Andaluz de Salud.

Última actualización: 2011.

ISSN 2254-4046.

Índice:

A) Breve resumen de la evidencia.....	1
Ha demostrado claramente su eficacia:	1
Terapia cognitivo-conductual.....	1
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	7
Algunos estudios sugieren que es eficaz:	9
Otras formas de psicoterapia	9
Otros fármacos	11
No ha demostrado su eficacia:.....	12
B) Recomendaciones	14



A) Breve resumen de la evidencia

Ha demostrado claramente su eficacia:

Terapia cognitivo-conductual

- **Las terapias cognitivas o cognitivo-conductuales son eficaces en el TEPT.**

Revisión sistemática de 33 ensayos aleatorizados de los tratamientos psicológicos para adultos con síntomas de estrés postraumático durante al menos 3 meses. La mayoría de los ensayos no informaron sobre detalles de la asignación al azar o el ocultamiento de la asignación. Los ensayos estudiaban distintos tipos de intervenciones: terapia cognitivo-conductual (TCC) centrada en el trauma, manejo del estrés, desensibilización por movimientos oculares y reprocesamiento, y otras terapias (terapia de apoyo, terapia no directiva, terapia psicodinámica e hipnoterapia).

La TCC centrada en el trauma está asociada a una reducción significativa de los síntomas en comparación con lista de espera o la atención habitual (14 ensayos con 649 pacientes), pero no en comparación con la intervención de manejo del estrés (6 ensayos con 239 pacientes). La desensibilización por movimientos oculares y reprocesamiento resultó significativamente mejor que la lista de espera o la atención habitual (5 ensayos con 162 pacientes), pero no en comparación con la TCC centrada en el trauma (6 ensayos con 187 pacientes) o el manejo del estrés (2 ensayos con 53 pacientes). El manejo del estrés también es significativamente mejor que la lista de espera o la atención habitual (3 ensayos con 86 pacientes).

Otras terapias (terapia de apoyo, terapia no directiva, terapia psicodinámica e hipnoterapia) fueron menos eficaces que la TCC centrada en el trauma (3 ensayos con 120 pacientes) o el manejo del estrés (1 ensayo con 25 pacientes) y no más eficaces que lista de espera o la atención habitual (2 ensayos con 72 pacientes).

En conclusión, la TCC centrada en el trauma, la desensibilización por movimientos oculares y el manejo del estrés son intervenciones efectivas para el tratamiento del TEPT. Otras terapias psicológicas no centradas en el trauma no reducen significativamente los síntomas del TEPT.

Referencia: revisión sistemática actualizada por última vez el 23 de Mayo de 2007 (Cochrane Library 2007 Issue 3:CD003388).

- **Un ensayo aleatorizado, en el que participaron 97 supervivientes de accidentes automovilísticos que presentaron TEPT en los primeros meses tras el accidente.**

Aquellos pacientes que no se habían recuperado durante las 3 primeras semanas de seguimiento (85) fueron asignados al azar a terapia cognitiva frente a un manual de auto-ayuda (basado en terapia cognitiva) vs evaluaciones repetidas de seguimiento (grupo control).



Los pacientes con terapia cognitiva recibieron una media de 11 sesiones, a partir de 4 meses después del evento traumático.

La terapia cognitiva resultó la más eficaz en la reducción de los síntomas del TEPT, depresión, ansiedad y discapacidad.

El 11% de los pacientes en terapia cognitiva vs el 61% del grupo asignado a manual de auto-ayuda vs el 55% del grupo control cumplía criterios de TEPT a los 9 meses.

En conclusión: La terapia cognitiva es una intervención eficaz para el TEPT de aparición temprana. El manual de autoayuda no resultó eficaz. La combinación de una elevada puntuación de síntomas iniciales y la falta de mejoría en las primeras semanas fue eficaz en la identificación de un grupo de pacientes con síntomas de trastorno de estrés postraumático que era poco probable que se recuperasen sin intervención.

Referencia: Arch Gen Psychiatry 2003 Oct; 60(10):1024, comentario se puede encontrar en Evidence-Based Medicine May-Jun 2004; 9(3):84 o en Evid Based Ment Health 2004 May; 7(2):51.

- **La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) puede ser eficaz en niños con TEPT.**

Un pequeño ensayo aleatorizado, en el que 24 niños de edades comprendidas entre 8 y 18 años con TEPT fueron asignados al azar a 10 semanas de TCC individual vs lista de espera.

El 92% del grupo asignado a TCC vs el 42% del grupo en lista de espera ya no cumplen los criterios para el TEPT al final del tratamiento (NNT 2).

La TCC enfocada individualmente es un tratamiento eficaz para el TEPT en niños y jóvenes.

Referencia: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007 Aug; 46(8):1051.

- **La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma-temprano (TCCCT) es más eficaz que el counselling de apoyo en la prevención del TEPT en pacientes con un diagnóstico inicial de trastorno por estrés agudo.**

Cinco ECAs se incluyeron en el meta-análisis. Cuatro fueron realizados por el mismo equipo de investigación, en pacientes que fueron diagnosticados con trastorno de estrés agudo.

De tres a seis meses después del tratamiento, el riesgo de un diagnóstico de TEPT fue significativamente menor en los pacientes que habían recibido TCCCT en comparación con los pacientes que habían recibido counselling de apoyo (cinco ECAs, RR 0.56, IC 95%: 0,42 a 0,76).

A los nueve meses (un ECA) y de tres a cuatro años (dos ECAs) después del tratamiento no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de diagnóstico de TEPT entre los pacientes que recibieron TCCCT y los que recibieron counselling de apoyo.



El análisis de subgrupos, mostró que el riesgo de TEPT fue significativamente menor en los pacientes que habían recibido TCCCT en comparación con los pacientes que habían recibido counselling de apoyo (RR 0,36; 95%: 0,17 a 0,78).

Referencia: Kornor H, Winje D, Ekeberg O, Weisaeth L, Kirkehei I, Johansen K, Steiro A. Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry 2008; 8:81 Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) 2010.

- **La exposición prolongada reduce los síntomas de TEPT a los 3 meses en mujeres veteranas de guerra.**

Un ensayo aleatorizado. 284 mujeres veteranas con TEPT y con clara memoria del trauma que causó el trastorno de estrés postraumático por lo menos 3 meses antes, fueron asignadas al azar a una exposición prolongada (un tipo de terapia cognitiva-conductual) vs terapia centrada en el presente (un tipo de terapia de apoyo).

Ambos grupos recibieron sesiones desarrolladas según protocolo estándar en 10 semanas de 90 minutos cada sesión. La exposición prolongada usó la exposición en imaginación en las sesiones 3-10. La terapia centrada en el presente se focalizó en problemas actuales de la vida como manifestaciones del TEPT.

La medida principal de la eficacia de los tratamientos fue la severidad de los síntomas evaluada con la entrevista estructurada CAPS. Los evaluadores fueron ciegos a la asignación a los tratamientos.

38 mujeres (13%) perdidas durante el seguimiento, pero todas las mujeres incluidas en el análisis por intención de tratar.

La comparación de la exposición prolongada frente a la terapia centrada en el presente condujo a los siguientes resultados:

38% vs 21% de abandono de tratamiento ($p = 0,002$).

Número medio de sesiones a las que asistieron 8 vs 9.3 ($p < 0,001$).

CAPS puntuación media basal 77,6 vs 77,9 (no significativo).

CAPS puntuación media a las 10 semanas 52,9 vs 60,1 ($p < 0,05$).

CAPS puntuación media a los 3 meses 49,7 vs 56 ($p < 0,05$).

CAPS a los 6 meses 50,4 vs 54,5 (no significativo).

39% vs. 20,3% dejaron de cumplir los criterios para el TEPT a las 10 semanas ($p = 0,002$, NNT 6).

39% vs. 28% ya no cumplían los criterios para el TEPT a los 3 meses (no significativo).

39,7% vs. 32,9% dejaron de cumplir los criterios para el TEP a los 6 meses (no significativo).



En conclusión: La exposición prolongada es un tratamiento eficaz para el trastorno de estrés postraumático en mujeres veteranas en servicio militar activo. Es posible aplicar a la exposición prolongada a través de una variedad de entornos clínicos.

Referencia: JAMA 2007 Feb 28; 297(8):820, comentario se puede encontrar en JAMA 2007 Jun 27; 297(24):2694.

- **Trece ensayos se incluyeron en la revisión (n = 958 pacientes). Las evaluaciones de seguimiento variaron de 1 a 12 meses.**

Los resultados obtenidos son divididos en primarios (gravedad de los síntomas de TEPT), los resultados secundarios (malestar subjetivo general).

Se encontró mayor mejoría con la terapia de exposición prolongada en comparación con las condiciones de control en las medidas de resultado primario post- tratamiento (Hedges 'g = 1.08 IC 95%: 0,69 a 1,46; 13 estudios, n = 675 pacientes) y en las medidas de resultado secundarias (Hedges' g = 0,77, IC 95%: 0,53 a 1,01; 13 ensayos, n = 666 pacientes).

No se encontraron diferencias significativas en la terapia de exposición prolongada en comparación con otros tratamientos activos (g de Hedges = -0.07, IC 95%: -0,42 a 0,28; seis ensayos, n = 262 pacientes).

Referencia: Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, Foa EB. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review* 2010; 30(6): 635-641. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) 2010.

- **La terapia cognitiva basada en Internet está asociada con una mejoría de la gravedad del TEPT y otros síntomas psicopatológicos.**

Un ensayo aleatorizado, en el que 96 pacientes con TEPT fueron asignados al azar a 10 sesiones de Internet basadas en terapia cognitiva frente a la lista de espera (grupo control) durante 5 semanas.

Evaluación realizada al terminar el tratamiento (a las 5 semanas) y a los 3 meses después del tratamiento.

La gravedad del TEPT se redujo significativamente en el grupo de intervención a las 5 semanas y a los 3 meses después del tratamiento.

La comorbilidad de depresión y ansiedad se redujeron significativamente en el grupo de intervención en comparación con el grupo control a las 5 semanas y a los 3 meses después del tratamiento.

En conclusión: La terapia a través de Internet es un tratamiento alternativo viable para el TEPT.

Referencia: BMC Psychiatry 2007 Apr 19; 7:13.



- **La terapia de repaso de imágenes puede reducir las pesadillas crónicas, mejorar la calidad del sueño y disminuir la gravedad de los síntomas de TEPT.**

Un ensayo aleatorizado, usando como grupo control pacientes en lista de espera. Los participantes del ensayo fueron 168 mujeres supervivientes de abuso sexual con pesadillas, insomnio y síntomas de estrés postraumático.

La terapia redujo significativamente el número de noches con pesadillas, y el número de pesadillas, y mejoró el sueño, y los síntomas de TEPT. El grupo control mostró pequeñas mejoras no significativas en todas las medidas.

El repaso de imágenes es una terapia breve y bien tolerada como tratamiento para disminuir las pesadillas crónicas, mejorar la calidad del sueño y disminución de la gravedad de los síntomas del TEPT.

Referencia: JAMA 2001 Aug 1; 286(5):537, editorial se pueden encontrar en JAMA 2001 Aug 1; 286(5):584.

- **La terapia cognitivo-conductual basada en Internet, de autocontrol, con ayuda de un terapeuta, puede reducir los síntomas de TEPT y la depresión en el personal militar.**

Un pequeño ensayo aleatorizado con una alta tasa de deserción. 41 miembros del servicio militar con TEPT son asignados al azar a una terapia cognitivo-conductual de autocontrol basada en Internet con ayuda de un terapeuta versus terapia de apoyo basada en internet.

La tasa de deserción fue de un 30% (similar en ambos grupos).

La terapia cognitiva-conductual está asociada con una mayor disminución global en los síntomas de TEPT y depresión en análisis por intención de tratar.

Como conclusión: La terapia cognitiva-conductual de autocontrol por internet puede ser una manera de ofrecer un tratamiento eficaz a un gran número de personas con necesidades no cubiertas.

Referencia: Am J Psychiatry 2007 Nov; 164(11):1676.

- **La desensibilización por movimientos oculares y reprocesamiento (EMDR) parece eficaz.**

Revisión sistemática de 16 ensayos aleatorizados. La EMDR implica pedir a los pacientes que se centren en el evento traumático, y en las cogniciones y emociones negativas asociadas al evento traumático y, a continuación, seguir el dedo de la mano del terapeuta.

La EMDR resultó tan eficaz como la terapia de exposición en 2 ensayos, más eficaz que la terapia de relajación en 3 ensayos, y más eficaz que la lista de espera en 3 ensayos.



5 ensayos evaluaron EMDR con vs sin los movimientos oculares: 3 no hallaron diferencias, 2 encontraron el tratamiento con movimientos oculares más eficaz que los ojos fijos.

Las pruebas en apoyo de EMDR son de calidad limitada, pero los resultados son alentadores para esta terapia barata y simple. Es necesario realizar investigaciones con muestras grandes durante períodos más largos de seguimiento.

Referencia: Psychol Med 2000 Jul; 30(4):863.

- **Un ensayo con 36 pacientes con TEPT asignados al azar a EMDR versus entrenamiento en habituación a imágenes versus aplicación de la relajación muscular versus lista de espera, han encontrado mejoras con los 3 tratamientos en comparación con el grupo control de lista de espera.**

Referencia: J Behav Ther Exp Psychiatry 1994 Dec; 25(4):283) (Medicina Alternativa Alerta Nov 2001 4 (11); 121.

- **Revisión sistemática encuentra que el EMDR es eficaz en el tratamiento de los síntomas del TEP en los niños.**

Siete ECAs se incluyeron en la revisión (n = 209). Los tamaños de la muestra variaron entre 14 y 39 participantes.

El tamaño del efecto promedio global para la EMDR sobre el estado del trauma post-test fue significativo (d = 0,56, IC 95%: 0,42 a 0,70; siete estudios).

Los análisis de sensibilidad indican que los tamaños del efecto fueron menores en los estudios más recientes y en los ensayos más completos. Los estudios que utilizaron menos sesiones o utilizaron informes de padre e hijo el (en lugar del de niños solos) se asociaron con los tamaños del efecto más grande.

Referencia: Rodenburg R, Benjamin A, de Roos C, Meijer AM, Stams GJ. Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. Clinical Psychology Review 2009; 29(7): 599-606. En Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) 2010.

- **La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, y la desensibilización por movimientos de los ojos y reprocesamiento (EMDR) fueron los tratamientos psicológicos de elección para el TEPT.**

Cincuenta y siete ECAs (n = 3.947, intervalo 12 a 360) se incluyeron en la revisión.

La TCC individual centrada en el trauma, con énfasis en la exposición (25 ECAs) mostró mayor mejoría en los síntomas de TEPT en comparación con la lista de espera (seis ECA), psico-educación (dos ECA) y tratamiento no-monitorizado, valoraciones sucesivas, mínima atención y el tratamiento



habitual (un ECA cada uno). Nueve ECAs informaron del mantenimiento de los logros del tratamiento al año de seguimiento. Un ECA informó del mantenimiento en cinco años de seguimiento.

EMDR mostró una mayor reducción en los síntomas de TEPT en comparación con la lista de espera (cuatro ECAs), la atención estándar (dos ECAs) y píldoras de placebo (un ECA) en los sobrevivientes de asalto, los veteranos de guerra y los pacientes con traumas mixtos. A los seis meses de seguimiento el EMDR mostró una mayor reducción en los síntomas de TEPT en comparación con la fluoxetina (un ECA). Se informó de resultados contradictorios de EMDR en comparación con el manejo del estrés incluyendo la relajación (dos ECAs) y resultados mixtos en comparación con TCC centrado en el trauma (siete ECAs).

Los autores concluyen que la TCC centrada en el trauma y la EMDR en menor medida (debido a la menor evidencia) fueron los tratamientos psicológicos de elección para el TEPT.

Referencia: Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a review. *Depression and Anxiety* 2009; 26(12): 1086-1109. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) 2011.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

- **Distintos medicamentos pueden ser eficaces en la reducción de los síntomas básicos del TEPT, la depresión y la discapacidad; pero hay mayor evidencia a favor de los ISRS.**

Revisión sistemática de 35 ensayos aleatorizados del tratamiento farmacológico para el TEPT con 4597 pacientes. Todos los ensayos fueron a corto plazo, con una duración de 14 semanas o menos.

La medicación redujo la gravedad de los síntomas en comparación con el placebo en 17 ensayos con 2507 pacientes.

Las tasas de respuesta fueron más altas con la medicación que el placebo en un metanálisis de 13 ensayos con 1272 pacientes (NNT 5, 95% CI 4-7), las tasas de respuesta fueron 59,1% con la medicación frente a 38,5% con el placebo. La medicación fue peor tolerada que el placebo. Las pruebas de la eficacia del tratamiento fueron más convincentes para los ISRS.

Según los autores: Los tratamientos farmacológicos pueden ser eficaces en el tratamiento del TEPT, actuando para reducir sus síntomas básicos, así como la depresión asociada y la discapacidad. Los resultados de esta revisión apoyan la utilización de los ISRS como agentes de primera línea en el tratamiento farmacológico del TEPT, así como su valor en el tratamiento a largo plazo.

Referencia: revisión sistemática actualizada por última vez el 14 de Octubre de 2005 (Cochrane Library 2006 Issue 1:CD002795).



- **Los Inhibidores Selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se han recomendado como agentes de primera línea, sólo ellos han demostrado su eficacia en múltiples ensayos aleatorios.**

La sertralina mejora significativamente los síntomas de TEPT.

187 pacientes ambulatorios de 14 centros en período agudo, se asignaron al azar a tratamiento con sertralina (25 mg / día durante 1 semana, entonces una dosis flexible de 50-200 mg / día) vs placebo durante 12 semanas.

El 31% versus 27% suspendió el tratamiento (diferencia no significativa), con una media de 150 mg de dosis en los pacientes que completaron el estudio.

La sertralina está asociada con una mejoría significativamente mayor en 3 de 4 puntuaciones de los síntomas, 53% vs 32% ($p = 0,008$, NNT 5).

Sertralina también asociada con una mejor calidad de vida en el análisis de los pacientes que completaron el estudio, 16% frente a 4,3% en el insomnio ($p = 0,01$, NND 8).

Referencia: JAMA 2000 Apr 12; 283(14):1837, el comentario se puede encontrar en JAMA Agosto 2000 2; 284 (5): 563.

- **208 pacientes ambulatorios asignados al azar a una dosis de sertralina 50-200 mg / día frente a placebo durante 12 semanas.**

La tasa de respuesta fue del 60% frente al 38% ($p = 0,004$, NNT 4.5), 9% vs 5% de efectos adversos (NND 25), 35% vs 22% mejoría en insomnio (NND 7,7), 28% vs 11% en síntomas de diarrea (NND 5,9), 23% vs 11% náuseas (NND 8,3), 13% vs 5% de la fatiga (NND 12,5), 12% vs 1% disminución del apetito (NND 9).

Referencia: Arch Gen Psychiatry 2001 May; 58(5):485.

- **42 militares veteranos israelíes con TEPT, fueron asignados al azar a sertralina 50-200 mg / día durante al menos 6 meses frente a placebo durante 10 semanas. 32 militares (76%) completaron el estudio.**

La tasa de respuesta fue del 41% vs 20 % entre casos completados (NNT 5); en análisis por intención de tratar la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Referencia: J Clin Psychopharmacol 2002 Apr; 22(2):190.

- **Paroxetina.**

Los resultados agrupados de tres ensayos aleatorizados doble-ciego con placebo durante 12 semanas en 1180 pacientes con TEPT muestran que la paroxetina es eficaz en la reducción de los síntomas del TEPT.

Referencia: 15ª Reunión Anual de la Asociación Psiquiátrica Americana en Am Fam Physician 2001 Jun 15; 63(12):2424.



- **Un pequeño ensayo aleatorizado con placebo con 53 pacientes mostró que la paroxetina está asociada a una disminución de los síntomas y la discapacidad.**

Referencia: Br J Psychiatry 1999 Jul; 175:17.

Algunos estudios sugieren que es eficaz:

Otras formas de psicoterapia

- **Otras terapias parecen eficaces en comparación con grupo control de lista de espera en ensayos aleatorizados.**

La psicoterapia psicodinámica, la terapia de exposición y la hipnoterapia son todos igualmente eficaces y ligeramente mejor que la lista de espera en ensayo aleatorizado de 112 pacientes.

Referencia: J Consult Clin Psychol 1989 Oct; 57(5):607.

- **La terapia de regulación de las emociones, durante 15 semanas, resultó más eficaz que la lista de espera en la reducción de síntomas del TEPT, en un ensayo aleatorizado con 48 mujeres.**

Referencia: J Trauma Stress 1997 Jul; 10(3):425.

- **La psicoterapia ecléctica breve (incluyendo componentes de la terapia cognitivo-conductual y la terapia psicodinámica) durante más de 16 sesiones es más eficaz que la lista de espera en un ensayo aleatorizado con 42 agentes de policía.**

Un 9% del grupo asignado a terapia frente a un 50 % del grupo control cumplían los criterios para el TEPT al final del tratamiento y un 4% vs 65% a los 3 meses.

Referencia: J Trauma Stress 2000 Apr; 13(2):333.

- **La intervención psicosocial puede reducir los síntomas post-traumáticos después de un desastre, en niños en edad escolar.**

Un ensayo controlado comunitario, en el que 4258 niños en 10 escuelas primarias públicas se examinaron 2 años después de que un huracán destruyera el 71% de los hogares en la isla de Kauai (Estados Unidos) en 1992.

248 niños con altos niveles de síntomas relacionados con el trauma fueron asignados aleatoriamente a intervención en grupo vs intervención individual vs grupo control (lista de espera). Las intervenciones se llevaron a cabo en la escuela, y constaban de 4 sesiones dirigidas por un terapeuta.



214 niños (86%) completaron el tratamiento, de ellos el 93% se encuentran en fase de seguimiento (excepto para 25 niños de sexto grado que fueron matriculados en otras escuelas).

Tanto la intervención individual como la grupal fueron eficaces, en comparación con la lista de espera. No se encontraron diferencias entre las dos modalidades de intervención. La reducción de los síntomas se mantenía al año de seguimiento.

En conclusión: La intervención en la comunidad escolar parece eficaz para identificar y reducir los traumas y los síntomas relacionados con catástrofes en niños, y pueden facilitar la recuperación psicológica. Si bien los tratamientos no mostraron diferencias significativas en la eficacia, menor cantidad de niños abandonan el tratamiento grupal. Este enfoque puede ser aplicable a la detección y el tratamiento de niños expuestos a una variedad de grandes desastres.

Referencia: Arch Pediatr Adolesc Med 2002 Mar; 156; 211 en Pediatric Notes 2002 Mar 28; 26 (13) 52.

- **La Terapia de Exposición Narrativa (NET) adaptada para los niños (KIDNET) informó de reducciones de TEPT y síntomas de depresión, de inmediato y a los 9 meses.**

Una serie de 6 niños somalíes de edades comprendidas entre 13-17 años que viven en un asentamiento de refugiados de Uganda, recibieron KIDNET. Se observó una mejoría en la sintomatología al final del tratamiento, y a los 9 meses.

En conclusión: La NET puede ser segura y eficaz para el tratamiento de niños con TEPT relacionado con la guerra en los asentamientos de refugiados en los países en vías de desarrollo.

Referencia: BMC Psychiatry 2005 Feb 3; 5:7.

- **Las intervenciones psicológicas con sesiones múltiples, al igual que las intervenciones con sesiones únicas, pueden tener efectos adversos en algunos individuos.**

Se encontró que 11 estudios con un total de 941 participantes habían evaluado intervenciones psicológicas breves dirigidas a prevenir el TEPT en individuos expuestos a un evento traumático específico mediante el examen de una variedad heterogénea de intervenciones.

Se introdujeron ocho estudios en el metanálisis. No hubo diferencias observables entre las condiciones tratamiento y control en las medidas de resultado primarias para estas intervenciones en el resultado inicial ($k = 5$; $n = 479$; RR 0,84, IC del 95%: 0,60 a 1,17).

Se observó un aumento en los síntomas de TEPT autoinformados entre los tres y seis meses de seguimiento en personas que recibieron una intervención ($k = 4$; $n = 292$; DME 0,23, IC del 95%: 0,00 a 0,46).



Dos estudios compararon una intervención de estructuras de memoria con escucha de apoyo. No se encontraron pruebas que apoyaran la eficacia de esta intervención.

Los resultados indican que no es posible recomendar una intervención psicológica para su uso sistemático después de eventos traumáticos.

Referencia: Neil P Roberts, Neil J Kitchiner, Justin Kenardy, Jonathan Bisson. Intervenciones psicológicas iniciales con sesiones múltiples para la prevención del trastorno de estrés postraumático (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3.

Otros fármacos

- **La prazosina parece reducir las pesadillas y otros síntomas relacionados con el TEPT.**

40 veteranos de guerra con TEPT crónico y pesadillas graves fueron asignados al azar a prazosina vs placebo durante 8 semanas. La dosis media de la prazosina fue 13,3 mg / día. La prazosina fue significativamente mejor que el placebo para:

Reducir las pesadillas relacionadas con el trauma.

Mejorar la calidad del sueño.

Mejorar el estado clínico global.

Referencia: Biol Psychiatry 2007 Apr 15; 61(8):928.

- **10 veteranos de guerra de Vietnam con TEPT crónico y graves pesadillas relacionadas con traumas fueron asignados al azar a prazosina vs placebo.**

El protocolo de tratamiento fue de 3 semanas de ajuste de la dosis, luego de 6 semanas de mantenimiento, luego de 2 semanas de lavado antes de finalizar el tratamiento. La dosis media fue de 9,5 mg/noche.

La prazosina está significativamente asociada con mejores resultados para las pesadillas recurrentes, dificultad para dormir, y otros síntomas de TEPT.

La intensidad de las pesadillas pre-tratamiento reapareció 1-2 días después de la interrupción de prazosina.

Referencia: Am J Psychiatry 2003 Feb; 160(2):371.

- **Se encuentra limitada evidencia de la eficacia potencial de los antipsicóticos atípicos en los síntomas de TEPT.**

Siete ECAs se incluyeron en la revisión (n = 192 pacientes, tamaño de muestra de 15 a 65).

Resultado primario: Los antipsicóticos atípicos se asocian con una mayor reducción estadísticamente significativa en la escala CAPS (Clinician



Administered PTSD Scale), lo que favorece los antipsicóticos atípicos frente a placebo (DME -0,45, IC 95%: -0,75 a -0,14; seis ECAs).

Resultados secundarios: Los antipsicóticos atípicos se asocian con una reducción estadísticamente significativa mayor en la subpuntuación general del CAPS (-0,27, IC 95%: -0,47 a -0,07; cuatro ECAs) y la subpuntuación de intrusión del CAPS (DME -0,37, IC del 95% -0.71 a -0,03; cuatro ECAs), en comparación con el placebo.

No hubo diferencias entre los antipsicóticos atípicos y el placebo en términos de las tasas de respuesta del paciente medida por el CGI-I (Clinical Global Impression-Improvement).

Referencia: Pae CU, Lim HK, Peindl K, Ajwani N, Serretti A, Patkar AA, Lee C. The atypical antipsychotics olanzapine and risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials. *International Clinical Psychopharmacology* 2008; 23(1): 1-8 Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) 2010.

- **Se observa una mayor reducción en los síntomas de TEPT con la farmacoterapia en comparación con la psicoterapia en el tratamiento del TEPT relacionado con el combate.**

Once estudios de tratamiento farmacológico (13 grupos de estudio) y nueve estudios de psicoterapia (12 grupos de estudio) fueron identificados, el número total de participantes no se determinó.

Los autores parecen concluir que en los estudios de farmacoterapia se observa una mayor reducción en los síntomas de TEPT en comparación con la psicoterapia en el tratamiento de veteranos de combate dentro de un marco de tiempo (menos de seis meses).

En dicha conclusión señalan que existen limitaciones en los estudios incluidos, así como la necesidad de más investigación.

Referencia: Stewart CL, Wrobel TA. Evaluation of the efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy in treatment of combat-related post-traumatic stress disorder: a meta-analytic review of outcome studies. *Military Medicine* 2009; 174(5): 460-469 En Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) 2011.

No ha demostrado su eficacia:

- **La guanfacina no parece mejorar los síntomas de TEPT.**

Un pequeño ensayo aleatorizado, con 63 veteranos de guerra con TEPT crónico asignados al azar al guanfacina (agonista alfa-2) frente a placebo durante 8 semanas.

No se encontraron diferencias significativas en los síntomas de TEPT, la calidad subjetiva del sueño o alteraciones generales del ánimo.

Referencia: Am J Psychiatry 2006 Dec; 163(12):2186.



- **Medicamentos no recomendados como agentes de primera línea.**

Medicamentos no recomendados como agentes de primera línea en las Guías Directrices de APA debido a efectos adversos o insuficiencia de pruebas para la eficacia: Nefazodona, Bupropion, Trazodona, Venlafaxina, Bupropion, Mirtazapina, Inhibidores de la Monoaminooxidasa.

Referencia: American Psychiatric Association 2004 Nov in Prescriber's Letter 2005 Aug; 12(8):46.

- **No hay suficientes pruebas para apoyar o refutar la efectividad del tratamiento combinado psicológico y farmacológico en comparación con cualquiera de estas intervenciones en solitario.**

Cuatro ensayos fueron incluidos, uno de estos ensayos (n = 24) con niños y adolescentes. Todos utilizan un ISRS y la exposición prolongada o una intervención cognitivo-conductual.

No hubo pruebas sólidas para mostrar si había diferencias entre el grupo que recibió intervenciones combinadas en comparación con el grupo que recibió terapia psicológica (diferencia de medias 2.44, IC 95% -2.87, 7.35 un estudio, n = 65) o la farmacoterapia (diferencia de medias -4,70 IC del 95% -10,84 a 1,44; un estudio, n = 25).

Los autores señalan la necesidad de mayor investigación en esta área.

Referencia: Hetrick SE, Purcell R, Garner B, Parslow R. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 7. Art. No.: CD007316. DOI: 10.1002/14651858.CD007316.pub2.

- **No se ha determinado la efectividad de diferentes tipos de deportes y juegos para aliviar o disminuir los síntomas del TEPT.**

La estrategia de búsqueda identificó cinco estudios, pero ninguno cumplió los criterios de inclusión.

En consecuencia, se necesita investigación adicional antes de poder realizar una evaluación aceptable de la efectividad del deporte y los juegos para aliviar los síntomas del TEPT.

Referencia: Sue Lawrence, Mary De Silva, Robert Henley. Deporte y juegos para el trastorno de estrés posttraumático (TEPT) (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1.

B) Recomendaciones

Recomendaciones según la guía: "Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care". National Collaborating Centre for Mental Health. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2005.

PRINCIPALES RECOMENDACIONES

Intervención temprana

Varios de los pacientes con TEPT pueden recuperarse con una intervención limitada o ninguna intervención. Sin embargo, sin un tratamiento eficaz, muchas personas pueden desarrollar problemas crónicos durante muchos años. La gravedad de la respuesta inicial traumática es un indicador razonable de la necesidad de una intervención temprana, y el tratamiento no debería retrasarse en tales circunstancias.

Un período de observación expectante

C – Cuando los síntomas son leves y han estado presentes durante menos de 4 semanas después del trauma, los profesionales sanitarios deberían considerar un período de observación como una manera de manejar las dificultades que presenta cada uno de los enfermos. Una entrevista de seguimiento debe programarse en el primer mes.

Intervenciones psicológicas inmediatas para todos

Como se describe en esta guía, el apoyo práctico proporcionado de una forma empática es importante para promover la recuperación en el TEPT, pero es poco probable que una única sesión de intervención psicológica sea útil.

GPP - Todos los trabajadores sanitarios y sociales deberían ser conscientes de las repercusiones psicológicas de incidentes traumáticos en el momento inmediatamente posterior al incidente en el cuidado los supervivientes y ofrecer apoyo social, emocional y práctico a las personas involucradas.

A - Para los individuos que han experimentado un evento traumático, proporcionar sistemáticamente intervenciones de una sesión y centradas en el acontecimiento traumático (a menudo denominadas "debriefing"), no debería ser una práctica habitual en la prestación de servicios.

El TEPT cuando los síntomas están presentes dentro de los 3 meses de un trauma

Intervenciones psicológicas breves (cinco sesiones) pueden ser eficaces si se inicia tratamiento durante el primer mes después del evento traumático. Más allá del primer mes, la duración del tratamiento es similar al del trastorno de estrés postraumático crónico.

B – Se debe ofrecer terapia cognitivo-conductual (TCC) focalizada en el trauma a las personas con graves síntomas postraumáticos o trastorno de estrés postraumático en el primer mes después del evento traumático. Estos tratamientos deben ofrecerse normalmente de forma ambulatoria.

A - La TCC focalizada en el trauma debería ofrecer a las personas que presentan TEPT dentro de los 3 meses de un evento traumático.

B - La duración de la TCC focalizada en el trauma debería ser normalmente de 8-12 sesiones, pero si el tratamiento se inicia en el primer mes después del evento, un número menor de sesiones (alrededor de 5) puede ser suficiente. Cuando el trauma se discute en la sesión de tratamiento, sesiones más largas (por ejemplo, 90 minutos) son necesarias por lo general. El tratamiento debería ser regular y continuo (por lo general al menos una vez por semana) y debería ser desarrollado por la misma persona.

C – Debe considerarse el tratamiento farmacológico en la fase aguda del trastorno de estrés postraumático para el abordaje de las alteraciones del sueño. En este caso, el uso de medicación hipnótica puede ser apropiado a corto plazo pero, si a más largo plazo el tratamiento farmacológico es necesario, también debería tenerse en cuenta el uso de antidepresivos en una etapa temprana a fin de reducir el riesgo posterior de dependencia.

B - Las intervenciones no centradas en el trauma, como la relajación o la terapia no directiva, que no se ocupan de las memorias traumáticas, no deben ofrecerse habitualmente a las personas que presentan síntomas de trastorno de estrés postraumático dentro de los 3 primeros meses de un evento traumático.

Cuando los síntomas de TEPT han estado presentes durante más de 3 meses después de un trauma

La mayoría de pacientes con TEPT han tenido el problema durante muchos meses, o incluso años. Las intervenciones que se indican a continuación son eficaces en el tratamiento de esas personas y la duración del trastorno por sí mismo no parece un impedimento para beneficiarse de un tratamiento eficaz proporcionado por profesionales sanitarios competentes.

Intervenciones psicológicas

A – A todos los que sufren de TEPT se debe ofrecer un tratamiento psicológico centrado en el trauma (TCC focalizada en el trauma o desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares). Estos tratamientos deberían ser normalmente de forma individual ambulatoria.

B – El tratamiento psicológico centrado en el trauma se debe ofrecer a los enfermos de TEPT, independientemente del tiempo que ha transcurrido desde el evento traumático.

B - La duración del tratamiento psicológico centrado en el trauma debería ser normalmente de 8-12 sesiones cuando el TEPT es consecuencia de un solo evento. Cuando el trauma se discute en la sesión de tratamiento, por lo general son necesarias sesiones más largas de lo habitual (por ejemplo, 90 minutos). El tratamiento debería ser regular y continuo (por lo general al menos una vez por semana) y debe ser desarrollado por la misma persona.

C - Los profesionales sanitarios deberían estudiar la ampliación de la duración del tratamiento más allá de las 12 sesiones si se deben abordar problemas graves en el tratamiento de los pacientes con TEPT, particularmente después de múltiples eventos traumáticos, duelo traumático o cuando existe discapacidad crónica a consecuencia de los traumas, comorbilidad significativa con otros trastornos o problemas sociales. El tratamiento psicológico centrado en el trauma necesita ser integrado dentro de un plan global de atención.

C - Para algunos enfermos de TEPT inicialmente puede ser muy difícil y abrumador revelar detalles de sus eventos traumáticos. En estos casos, los profesionales sanitarios deberían considerar la posibilidad de dedicar varias sesiones al establecimiento de una relación terapéutica de confianza y estabilización emocional antes de abordar el acontecimiento traumático.

B - Las intervenciones no centradas en el trauma, como la relajación o la terapia no directiva, que no se ocupan de las memorias traumáticas, no deben ofrecerse habitualmente a las personas que presentan TEPT crónico.

C - Para aquellos que padecen TEPT que no obtienen mejoría, o sólo una mejoría limitada, con un tratamiento psicológico centrado en el trauma específico, los profesionales sanitarios deberían considerar las siguientes opciones: una forma alternativa de tratamiento psicológico centrado en el trauma o combinar el tratamiento psicológico centrado en el trauma con tratamiento farmacológico.

GPP - Cuando los que sufren el TEPT solicitan otras formas de tratamiento psicológico (por ejemplo, terapia de apoyo / terapia no directiva, hipnoterapia, terapia psicodinámica o psicoterapia sistémica), deberían ser informados de que todavía no hay pruebas convincentes de un efecto clínicamente importante de estos tratamientos en el TEPT.



Tratamiento farmacológico

Las pruebas para los tratamientos farmacológicos en el TEPT son limitadas. Hay pruebas de beneficios clínicamente significativos para mirtazapina, amitriptilina y fenelzina (se requiere una guía dietética con fenelzina.) En el caso de la paroxetina había beneficios estadísticamente pero no clínicamente significativos en las principales variables de resultado. No obstante, este fármaco también se ha incluido en la lista de medicamentos recomendados. Este es el único fármaco en la lista actual de recomendaciones en el Reino Unido de productos con licencia para el TEPT.

A – Los tratamientos farmacológicos para el TEPT no deben utilizarse como tratamiento rutinario de primera línea para adultos (en general se usa por especialistas o profesionales de la salud mental) en lugar de una terapia psicológica centrada en el trauma.

B – Los tratamientos farmacológicos (paroxetina o mirtazapina para uso general, así como la amitriptilina o fenelzina de inicio sólo por especialistas en salud mental) deberían considerarse para el tratamiento del TEPT en adultos cuando un paciente expresa una preferencia a no participar en un tratamiento psicológico centrado en el trauma.

C – Los tratamientos farmacológicos (paroxetina o mirtazapina para uso general, así como la amitriptilina o fenelzina de inicio sólo por especialistas en salud mental) deberían ofrecerse a los adultos que sufren de TEPT y que no pueden iniciar una terapia psicológica a causa de la grave amenaza permanente de un mayor trauma (por ejemplo, cuando hay violencia doméstica).

C – Los tratamientos farmacológicos (paroxetina o mirtazapina para uso general, así como la amitriptilina o fenelzina de inicio sólo por especialistas en salud mental) deberían considerarse para adultos que sufren TEPT que han obtenido poco o ningún beneficio de un tratamiento psicológico centrado en el trauma.

C - Si el sueño es un problema importante para un adulto que sufre TEPT, la medicación hipnótica puede ser apropiada a corto plazo pero, si a más largo plazo el tratamiento farmacológico es necesario, también debe tenerse en cuenta el uso de antidepresivos en una fase temprana con el fin de reducir el riesgo posterior de dependencia.

C – Los tratamientos farmacológicos (paroxetina o mirtazapina para uso general y la amitriptilina o fenelzina de inicio sólo por especialistas en salud mental) para el TEPT deberían considerarse como un complemento para el tratamiento psicológico en adultos cuando existe una importante comorbilidad con depresión grave o hiperactivación severa que impacte significativamente en la capacidad para beneficiarse del tratamiento psicológico.

C - Cuando un adulto con TEPT no ha respondido a un tratamiento farmacológico, se debería considerar la posibilidad de aumentar la dosis dentro de los límites aprobados. Si se considera la posibilidad de otro tratamiento farmacológico, en general debe ser con una clase diferente de antidepresivos o el uso coadyuvante de olanzapina.

C - Cuando un adulto con TEPT ha respondido al tratamiento farmacológico, se debe continuar durante al menos 12 meses antes de su retirada gradual.

Recomendaciones generales en cuanto al tratamiento farmacológico

C - Todos los pacientes con TEPT a quienes se prescriben antidepresivos deben ser informados, en el momento de inicio del tratamiento, de los potenciales efectos secundarios y síntomas de la suspensión / retirada (especialmente con paroxetina).

GPP – Los adultos con TEPT que han iniciado tratamiento con antidepresivos con un mayor riesgo de suicidio y todos los pacientes con edades comprendidas entre los 18 y 29 años (debido a la posibilidad de un aumento del riesgo de pensamientos suicidas asociado al uso de antidepresivos en este grupo de edad) deberían, normalmente, ser vistos en 1 semana y posteriormente con frecuencia hasta que el riesgo ya no se considere significativo.

GPP – Particularmente en las etapas iniciales del tratamiento con ISRS, los profesionales deben buscar activamente signos de acatisia (síndrome de las piernas inquietas), ideación suicida y aumento de la ansiedad y agitación. Asimismo, ellos deberían asesorar a los enfermos con TEPT acerca del riesgo de estos síntomas en las primeras etapas de tratamiento y aconsejar que busquen ayuda de inmediato en situaciones angustiosas.

GPP - Si un paciente con TEPT desarrolla marcada y / o prolongada acatisia mientras toma un antidepresivo, el uso de los fármacos debería ser revisado.

GPP – Los adultos con TEPT que han iniciado un tratamiento antidepresivo que no se considere que tengan un alto riesgo de suicidio deberían ser vistos normalmente después de 2 semanas y, posteriormente, de forma adecuada y regular, por ejemplo, a intervalos de 2-4 semanas en los primeros 3 meses, y a intervalos mayores, si la respuesta es buena.

Recomendaciones relativas a síntomas de suspensión / retirada

C – Los síntomas de suspensión / retirada son generalmente leves, pero en ocasiones pueden ser graves. Los prescriptores deberían normalmente reducir gradualmente la dosis de los antidepresivos ante períodos de más de 4 semanas de duración, aunque algunas personas pueden requerir períodos más largos.

C - Si los síntomas de suspensión / retirada son leves, los profesionales deberían tranquilizar a los pacientes y planificar un seguimiento. Si los síntomas son severos, el médico debería considerar la posibilidad de reintroducir el antidepresivo original (u otro con una vida media más larga de la misma clase) y reducir progresivamente mientras se vigilan los síntomas.



Manejo de enfermedades crónicas

C - Los modelos de manejo de enfermedades crónicas deberían considerarse para el manejo de las personas con TEPT crónico que no se han beneficiado de una serie de tratamientos basados en pruebas científicas.

NIÑOS-ADOLESCENTES

Es particularmente difícil identificar el TEPT en niños. Los tratamientos para los niños con TEPT están menos desarrollados, pero los nuevos datos proporcionan una indicación de la eficacia de las intervenciones.

Intervención temprana

B – Debe ofrecerse TCC centrada en el trauma a los niños mayores con graves síntomas postraumáticos o grave TEPT en el primer mes después del evento traumático.

Cuando los síntomas de TEPT han estado presentes durante más de 3 meses después de un trauma

B – A los niños y los jóvenes con TEPT, incluidos los que han sido víctimas de abusos sexuales, se deberían ofrecer TCC centrada en el trauma adaptada adecuadamente a su edad, circunstancias y nivel de desarrollo.

C - La duración del tratamiento psicológico centrado en el trauma para los niños y jóvenes con TEPT crónico deberá ser normalmente de 8-12 sesiones cuando el TEPT es consecuencia de un solo evento. Cuando el trauma se discute en la sesión de tratamiento, suelen ser necesarias sesiones más largas de lo habitual (por ejemplo, 90 min.). El tratamiento debe ser regular y continuo (por lo general al menos una vez por semana) y debe ser llevado a cabo por la misma persona.

C – Los tratamientos farmacológicos no deben prescribirse habitualmente para los niños y jóvenes con TEPT.

C - Las familias deben participar en el tratamiento del TEPT en niños y jóvenes. Sin embargo, los programas de tratamiento que consisten únicamente en la implicación de los padres, no es probable que den ningún beneficio para los síntomas de TEPT.

C - Al considerar los tratamientos para el TEPT, los padres y, en su caso, los niños y los jóvenes deben ser informados de que, además de las intervenciones psicológicas centradas en el trauma, actualmente no existe evidencia de la eficacia de formas de tratamiento ampliamente utilizadas para el TEPT tales como terapia de juego, arte terapia o terapia familiar.

PLANIFICACIÓN EN DESASTRES

Tanto los servicios sanitarios como los sociales tienen un papel en la organización social adecuada y apoyo psicológico para los afectados por los desastres.

GPP – Los planes en desastres deben incluir una respuesta psicosocial al desastre totalmente coordinada. Los responsables de desarrollar el aspecto psicosocial de un plan de emergencia deberían velar por que contenga: prestación de ayuda práctica inmediata, los medios de apoyo a las comunidades afectadas en el cuidado de las personas implicadas en la catástrofe y la asistencia de un especialista en salud mental, servicios de evaluación y tratamiento basados en la evidencia. Todos los trabajadores de la salud que participan en un plan para casos de desastre deben tener claras las funciones y responsabilidades, que deben ser convenidas de antemano.

CLASIFICACIÓN DE LA RECOMENDACIÓN

Grado A - Al menos un ensayo controlado aleatorizado como parte de un conjunto de la literatura en general de buena calidad y coherente hace frente a la recomendación concreta (niveles de evidencia I) sin extrapolación.

Grado B - Estudios clínicos bien realizados pero no los ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de la recomendación (niveles de evidencia II o III), o extrapoladas de evidencia de nivel I.

Grado C - Comité de Expertos de informes o dictámenes y / o experiencias clínicas de autoridades respetadas (evidencia de nivel IV), o extrapoladas de nivel I ó II de prueba. Esta clasificación indica que estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables están ausentes o no están fácilmente disponibles.

Punto de Buenas Prácticas (GPP) – Recomendación de buenas prácticas basadas en la experiencia clínica del Grupo de Desarrollo de la Guía (GDG).