



EDITORIAL INVITADA

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO: UN NUEVO DIAGNÓSTICO CON UNA MUY LARGA HISTORIA

COMPLEX POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: A NEW DIAGNOSIS WITH A LONG HISTORY

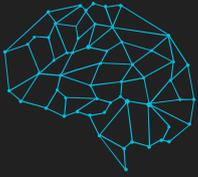
María José Álvarez

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática: HU Dexeus. UAB. Barcelona

No cada día hay diagnósticos nuevos en los manuales de clasificación de las enfermedades psiquiátricas. Es por ello que me complacer referirme al "nuevo" trastorno que la OMS ha incluido en el CIE 11 (OMS, 2021)³, aprobado en 2019 en su versión original en inglés. Se trata del trastorno por *estrés posttraumático complejo* (TEPT-C), entidad ya definida por la psiquiatra Judit Herman en 1997, y que no ha tenido cabida en las clasificaciones de la APA, como entidad propia, ni en los sucesivos DSMs incluido el DSM5. En su libro "Trauma and recovery", versión traducida al castellano (2004)⁹, una joya de ciencia, práctica clínica y compromiso social (sí, compromiso a favor de la infancia maltratada), Herman introduce el término TEPT complejo. Cito solo dos párrafos que ni mucho menos pueden resumir sus enseñanzas "La ansiedad persistente, las fobias y los pánicos de víctimas de traumas severos y prolongados, muchas veces en la infancia, no son iguales a los trastornos psíquicos normales, su depresión no es igual a una depresión normal y la degra-

dación de su identidad y de su vida sentimental no es igual a un desorden de la personalidad normal." "Suelen recibir diagnósticos con connotaciones negativas: trastorno por somatización, TLP y/o trastorno disociativo. Diagnósticos que despiertan reacciones muy intensas en sus cuidadores y terapeutas. Su credibilidad se pone bajo sospecha. Con frecuencia se les acusa de manipuladoras".

Los psiquiatras y psicólogos, después de los grandes tratados de finales del siglo XIX de Janet y de Freud y Breuer (antes de que Freud dejara de creer a sus pacientes)⁸, volvieron a olvidarse de las secuelas del trauma psicológico. Tanto es así, que cito una mínima parte del odioso capítulo sobre incesto del texto de psiquiatría de cabecera de cuando yo fui residente, (Freedman et al., 1982)⁸: "sin embargo la relación incestuosa no parece tener siempre efectos traumáticos. El vínculo padre-hija satisface impulsos instintivos dentro de un acuerdo en el que *el adulto omnipotente perdona la transgresión*. Además, el acto ofrece una oportunidad para



probar una fantasía infantil "cuyas consecuencias se viven como gratificantes y placenteras" ...sigue...

También es importante resaltar la APA introdujo en el DSM III⁶ la categoría del TEPT, presionada por las asociaciones de veteranos de la guerra del Vietnam y sus devastadoras consecuencias para la salud en los soldados que habían sufrido y cometido las atrocidades del conflicto bélico. Pero el TEPT definido en el DSM III, estaba diseñado para la enfermedad de estos veteranos con sus síntomas definitorios: reexperimentación (recuerdos intrusivos, flash-backs, pesadillas...), evitación de lugares sensaciones o sentimientos que rememoran el trauma y una hiperalerta continua, con sobresaltos injustificados, rabia, insomnio. Los niños y las niñas que han sufrido abusos físicos psicológicos y/o sexuales y las mujeres en un ambiente crónico de violencia doméstica no encajaban en esta definición. Los síntomas van mucho más allá.

El DSM IV-TR⁷ introdujo la entidad DESNOS ("Disorders of Extrem Stress Not Otherwise Specified"), que apuntan: "síntomas disociativos; síntomas somáticos; sentimientos de ineficiencia; vergüenza; desesperación; desesperanza; sentirse permanentemente dañada/o; hostilidad, aislamiento social; sentirse constantemente amenazada/o; deterioro en las relaciones interpersonales." pero el DESNOS no tiene categoría propia y es valorado como un apéndice del TEPT.

El psiquiatra van der Kolk realizó varios estudios identificando las peculiaridades del TEPT complejo para su inclusión en el DSM5, pero sin éxito. Cito sus palabras que pudieran ser una explicación de las reticencias de incluir el TEPT complejo en las clasificaciones internacionales: "Nadie quiere recordar el trauma. En ese sentido la sociedad no es diferente de las propias víctimas. Todos queremos vivir en un mundo seguro, manejable y previsible y las víctimas nos recuerdan que no es siempre así. Para superar el trauma debemos superar nuestra reticencia natural a confrontar esta realidad y reunir el valor para escuchar los testimonios de los supervivientes". (van der Kolk, 2020).

La CIE -11, por fin, sí distingue dos entidades nosológicas provocadas por el trauma: El TEPT y el TEPT-C. En ambas categorías los pacientes presentan síntomas de reexperimentación, evitación e hiperarousal, pero los pacientes con TEPT-C tienen otros tres tipos de síntomas que entran en los trastornos de la auto regulación. Estos tres tipos de síntomas son: desregulación afectiva; persistente y negativo autoconcepto, y problemas en las relaciones in-

terpersonales. Marlène Cloitre et al. en 2013⁸, presentan un fantástico trabajo, que es una de las bases para la inclusión del TEPT-C como categoría propia en la clasificación de la OMS. Recogen 302 individuos que acuden a una clínica de trauma en Nueva York. Hay personas con traumas infantiles y también otras que padecieron un único trauma (muchos el ataque a las torres gemelas en NY el setiembre 2011). Usando el método estadístico de Análisis por Perfiles Latentes (LPA) demostraron claramente dos tipos diferentes de pacientes: TEPT y TEPT-C. El primero era padecido más frecuentemente por personas con un trauma único (por la fecha del estudio, en muchos casos supervivientes del atentado 11-S) y en el TEPT -C eran más frecuentes los que habían sufrido traumas repetidos y prolongados, muy frecuentemente en la niñez. También valoró que estas dos categorías son independientes de la comorbilidad con trastorno límite de la personalidad.

En Reino Unido, Karatzias et al. en 2017¹⁰ analizaron una muestra de 193 individuos que solicitaron ayuda psicológica en el *Trauma Center del National Health Service* de Escocia. Mediante LPA las dos clases de TEPT (simple y complejo) se delimitaron claramente. No había diferencias por sexo, ni edad. Los pacientes con TEPT-C sufrían más traumas en la infancia y su funcionamiento social era peor.

Estos estudios se replicaron en población afroamericana, (Powers et., al, 2017), en Sudáfrica (Rink, J., & Lipinska, G., 2020), en Israel (Ben-Ezra, M, et al., 2018), China (Li, J., Wang, et al., 2021), entre otros. Se observó una mayor comorbilidad y una peor respuesta a los tratamientos del TEPT.

La importancia de este nuevo diagnóstico va más allá de lo meramente teórico. Se ha corroborado una más pobre respuesta del TEPT-C a los tratamientos psicológicos

Un reciente metaanálisis tratamiento psicológico TEPT da como terapias preferentes. las siguientes: terapia de re-procesamiento cognitivo del trauma, terapia de exposición prolongada, terapia cognitivo-conductual, EMDR y otras. Habiendo más resistencias en los pacientes con síntomas compatibles con TEPT-C (Bradley, R. Et al., 2005).

Dado lo reciente del TEPT-C como categoría diagnóstica reconocida en las clasificaciones internacionales, hay pocos estudios sobre su tratamiento. Aunque en los estudios de TEPT se ha visto la menor efectividad de los tratamientos psicofarmacológicos (esencialmente ISRSs y psicoterapéuticos de los pacientes con trauma infantil y síntomas de desregulación emocional y disociación.



En un consenso de expertos (Cloitre, M., et al. 2011)⁴, se analizó la progresividad del tratamiento del TEPT- C, con los riesgos de abordar la integración el trauma sin una situación de seguridad y estabilidad emocional mínima previa. Así se estableció el tratamiento por fases, indicado por Judit Herman en los 90 como el más indicado. Se consideran tres fases, no totalmente estancas sino con cierta permeabilidad, según el paciente. La primera fase trata de consolidar la seguridad en el momento presente: psicoeducación, reducir síntomas, tratar comorbilidades, la disociación y el abuso de sustancias. Asimismo, mejorar las competencias emocionales. En la fase 2 se trata el procesamiento de las memorias traumáticas. En la tercera y última fase se consolidarán las mejoras terapéuticas, favoreciéndose una mejor competencia en las relaciones interpersonales, trabajo o estudio y vida comunitaria.

Como resumen:

- El TEPT complejo tiene suficiente evidencia científica para ser considerado un diagnóstico diferente del TEPT simple, como se considera en la CIE-11.
- La alta comorbilidad que presenta, la frecuente no asociación por el paciente de los síntomas que presenta a una causa traumática, que muchas veces sucedió en la infancia y el no indagar por parte del clínico por la historia traumática conlleva que se infradiagnostique.

Y finalmente cito un cuestionario validado en multitud de idiomas, castellano incluido, que analiza de forma rápida una primera aproximación diagnóstica de uso en cualquier consulta, el *International Trauma Questionary*, de acceso libre¹⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Lueger-Schuster, B., & Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and anxiety*, 35(3), 264–274. <https://doi.org/10.1002/da.22723>
2. Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *The American journal of psychiatry*, 162(2), 214–227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
3. Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>
4. Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of traumatic stress*, 24(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
5. Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European journal of psychotraumatology*, 4, 10.3402/ejpt.v4i0.20706. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
6. DSM-III (1980) 3ra ed.
7. DSM-IV-TR (2000) 4ta ed., texto rev.
8. Freedman, A. M., Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Carasa, P. (1982). *Tratado de psiquiatría*: Contiene. Salvat.
9. Herman, J. L. A. (2004). *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*.
10. Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of affective disorders*, 207, 181–187.
11. Li, J., Wang, W., Hu, W., Yuan, Z., Zhou, R., Zhang, W., & Qu, Z. (2021). Validation of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in Chinese children as per the ICD-11 proposals using the International trauma questionnaire. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1888525. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1888525>
12. Powers, A., Fani, N., Carter, S., Cross, D., Cloitre, M., & Bradley, B. (2017). Differential predictors of DSM-5 PTSD and ICD-11 complex PTSD among African American women. *European journal of psychotraumatology*, 8(1), 1338914. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1338914>
13. Rink, J., & Lipinska, G. (2020). Evidence of distinct profiles of ICD-11 post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in a South African sample. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1818965. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1818965>
14. Van der Kolk, B. (2020). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.
15. <https://www.traumameasuresglobal.com/itq>