



Revisión de la evidencia actual
en relación con las propuestas
diagnósticas de la CIE-11
para el Trastorno por Estrés
Postraumático y Trastorno por
Estrés Postraumático Complejo

► El diagnóstico de TEPT motivó una intensa actividad de investigación que culminó en mejoras diagnósticas en el DSM-5. La nueva clasificación de la OMS, la CIE-11, pretende simplificar la conceptualización del TEPT, así como distinguir entre una forma básica del TEPT y una forma compleja, el TEPTC.

La evolución del concepto clínico del TEPT inicia con su inclusión en la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana: el DSM-III-R de 1987, desde entonces se integró con tres expresiones sindromáticas: la reexperimentación, la evitación y la percepción de amenaza, cada una con sus respectivos criterios, en total 17. Para el DSM-IV se incluyó el criterio de disfunción. En el DSM-V se agregaron tres síntomas y un subtipo, el disociativo. Constituido de esta forma el TEPT, la combinación de criterios que da lugar a su diagnóstico es múltiple; además que muchos de los síntomas del TEPT se solapan con los de otros trastornos mentales, sobre todo con depresión mayor y ansiedad generalizada.

Con la finalidad de corregir dichos problemas para la CIE-11, se decidió reducir el número de síntomas a los esenciales y con mayor especificidad. De cada uno de los grupos de reexperimentación se eligieron los criterios más representativos: *la evitación y la percepción de amenaza*.

Por otra parte, la propuesta de la CIE-11 de la inclusión de TEPTC, se deriva de la descripción de dos condiciones clínicas previas que hacen referencia al mismo síndrome: una la de la CIE-10, que corresponde al apartado F62.0 *"cambio perdurable de la personalidad después de una experiencia catastrófica"* y la otra a la del DSM-IV *"trastorno por estrés extremo no especificado"*. De esta última entidad fueron tomados de modelo tres grupos de síntomas, que corresponden al dominio de la *autoorganización* y son la *desregulación afectiva*, el *autoconcepto negativo* y la *dificultad en las relaciones*. Se consideró oportuno agregar a este dominio de la autoorganización los tres grupos de síntomas correspondientes al TEPT (*reexperimentación, evitación y percepción de amenaza*).

Los estudios encaminados a validar el diagnóstico de TEPT en la CIE-11 fueron factoriales de la prevalencia y la comorbilidad.

El análisis factorial confirmatorio tuvo la finalidad de corroborar la existencia de los grupos de síntomas referidos y de que cada síntoma correspondiera a un determinado grupo. Nuevamente se evidenció el ajuste adecuado en un modelo de tres factores, aunque en algunas poblaciones el ajuste de tres factores no fue óptimo. También se concretaron cuatro estudios con la técnica de análisis de redes para evidenciar la interrelación entre los síntomas que conforman el TEPT, encontrándose una estrecha relación entre ellos. Los estudios de prevalencia incluyeron 13 países y cerca de 24,000 sujetos; además de estudiarse la prevalencia con la CIE-10 se cumplió con los criterios de la CIE-11, DSM-IV y DSM-V. El nivel de consenso entre los diagnósticos hechos con la CIE-11 y el DSM-V fueron altos, aunque la prevalencia utilizando el CIE-11 fue menor, esta tendencia se acentuó más entre mayor edad tenían los grupos. En general los criterios de reexperimentación y percepción de amenaza fueron rigurosos en la CIE-11 con respecto a los del DSM; mientras que los criterios de evitación fueron más rigurosos con el DSM-IV en comparación con la CIE-11.

En lo concerniente a la comorbilidad, ésta se redujo al emplear los criterios diagnósticos de la CIE-11, sobre todo con la depresión. Al comparar la calidad de vida entre la CIE-10 con la CIE-11, ésta fue menor en la última. En cuanto a la validez, en general, se encontró que el diagnóstico con la CIE-11 detectó casos de severidad similar a los del DSM-IV y DSM-V inclusive más que aquellos detectados con la CIE-10.

Los estudios para validar el TEPTC emplearon análisis de clases latentes y perfiles latentes para distinguirlo del TEPT. Nueve de diez estudios encontraron al menos dos perfiles: uno con altos niveles de síntomas en los seis grupos que componen el TEPTC y otro con altos niveles en los síntomas de TEPT, pero no en los que integran el dominio de la autoorganización. Dos estudios realizados en población de adolescentes y niños también confirmaron la distinción entre ambos trastornos. Los resultados de las clases latentes variaron dependiendo si evaluaban a una población clínica o a la comunidad. En las poblaciones clínicas se identificaron tres clases: una correspondiente al TEPT, otra al TEPTC y una tercera con baja sintomatología asociada a resiliencia. Entre más grandes fueron los grupos de la comunidad más de tres clases fueron identificadas y se asociaron con la presencia de depresión, ansiedad, abuso de sustancias y otros trastornos.

La validez discriminativa entre el TEPTC y el *Trastorno Límite de la Personalidad* (TLP) se justificó en un estudio con 310 sujetos víctimas de abuso sexual o físico en la infancia; cuatro perfiles de síntomas se identificaron: uno para el TLP, otro para el TEPTC sin TLP, otro para TEPT y otro para bajos niveles de síntomas. En el perfil de TLP el 92% cumplieron criterios de TLP según el DSM-IV, mientras que en el perfil de TEPTC 77.8% cumplieron criterios de TEPTC y de estos solo 7.8% tuvieron criterios de TLP según el DSM-IV. La conducta suicida y las acciones autolesivas fueron significativamente mayores en el TLP que en el TEPTC y el TEPT.

Siete estudios de análisis factorial confirmatorio para el TEPTC fueron hechos, se consideraron tres modelos: uno que incluía los seis grupos de síntomas relacionados entre sí (reexperimentación, evitación, percepción de amenaza, desregulación afectiva, autoconcepto negativo y dificultad en la relaciones) desde una perspectiva no jerárquica; otro que incluía un solo gran factor que daba coherencia a los seis grupos de síntomas (TEPTC) y por último uno de dos grandes factores (alteraciones en la autoorganización y los del TEPT) que incluía tres grupos de síntomas cada uno. Este último modelo fue el que mejor ajuste tuvo, confirmando así el constructo de TEPTC al conformarse como la conjunción de alteraciones en la autoorganización y los síntomas de TEPT.

Se cree que la prevalencia del TEPT es mayor que para la del TEPTC, pero en clínicas de trauma esto se puede invertir. Los estudios en estas clínicas arrojan una prevalencia de 7.8% a 37% para TEPT y de 32.8% a 42.8% para el TEPTC.

Los hallazgos referentes a la disfunción entre el TEPT y el TEPTC fueron consistentemente mayores para este último. Los antecedentes de trauma en la niñez fueron mayores para el TEPTC, siendo éste considerado como un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno. En los individuos con TEPTC la probabilidad de estar casados fue baja, y alta la de estar desempleados, vivir solos; así mismo, tuvieron un menor estatus socioeconómico y nivel educacional. También el TEPTC se asoció a mayor psicopatología, comorbilidad y severidad en trastornos mentales. Los resultados referentes al género fueron inconsistentes pero la mayoría no registro diferencias entre los dos trastornos.

Finalmente, los autores discutieron sobre las implicaciones de la falta de acuerdo en el diagnóstico entre el DSM-IV, el DSM-V y la CIE-11 en el TEPT. En relación con las prevalencias, consideraron que los cambios propuestos permitirán lograr una mayor especificidad que tendrá un efecto favorable en evitar diagnósticos de comorbilidad incorrectos. Con respecto al constructo

de TEPTC se concluyó que la inclusión de reexperimentación en el momento del diagnóstico y el uso de criterios más explícitos contribuirán a su mejora. Consideraron que es importante concluir algunos instrumentos auto-aplicables para seguir analizando la pertinencia de los seis grupos de síntomas que constituyen el diagnóstico, sobre todo aquellos que conforman el dominio de la autoorganización, que a diferencia de los tres grupos sintomáticos del TEPT, estos si han sido validados en múltiples estudios en los cuales se basó la selección de los dos criterios más representativos por cada grupo. Si bien ha sido controversial el proponer una entidad diferenciada del TEPT, para el caso del TEPTC, los autores consideran que habrá varias consecuencias benéficas, como el prestar una atención de manera diferente, así como tratar más específicamente a aquellos sujetos con síntomas asociados al dominio de la autoorganización. Además, se logrará reducir la comorbilidad que incorrectamente se generaba al atribuir a los tres grupos de síntomas del dominio de la autoorganización otros diagnósticos; en este caso, la desregulación afectiva al trastorno límite de la personalidad, el autoconcepto negativo a la depresión mayor y la distimia, y los problemas interpersonales a la fobia social. Los autores reconocen que harán falta estudios en poblaciones de niños y adolescentes para especificar los diagnósticos en estas poblaciones. Finalmente consideran que la inclusión del TEPTC y las mejoras diagnósticas del TEPT en la CIE-11 llevarán a una mejor identificación y tratamiento de este trastorno, así como a la practicidad en el empleo de los criterios diagnósticos.

Juan José Cervantes Navarrete

Bibliografía

Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Shevlin M, Maercker A, Bryant RA et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev*, 2017;58:1-15. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001



X Tratamiento asequible y efectivo:
\$27 pesos costo día de tratamiento.¹



Ranurada



Disponible en presentaciones
de 10 y 20 tabletas ranuradas

El camino a la Serenidad

Referencia: 1. Precio promedio, costo día de tratamiento: Farmacias San Pablo, De Arco, Farmalito, ISSIG y Guadalajara a Marzo 2021.



Portafolio
Antidepresivos

ISRS EFECTIVOS Y ACCESIBLES
acorde a las necesidades de
cada uno de sus pacientes

Fluoxac[®]
Fluoxetina

Xerenex[®]
Paroxetina

Sertex[®]
Sertralina

Remicital[®]
Citalopram

Selective[®]
Escitalopram

