**INTRODUCCIÓN AL TRAUMA PSÍQUICO, SUS SECUELAS Y SU TRATAMIENTO**

Dr. Rodrigo Figueroa

Unidad de Trauma y Disociación

Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina

Pontificia Universidad Católica de Chile

[rfiguerc@uc.cl](mailto:rfiguerc@uc.cl)

*"Mirada de cerca, la vida es una tragedia, pero vista de lejos, parece una comedia" -* Charles Chaplin

ÍNDICE

[Introducción](#h.5h2fpjr2nmbr)

[Definiciones](#h.ptgt8cdfytb0)

[Historia del concepto de trauma psíquico](#h.qkm46gwvmem2)

[Trastorno de Estrés Postraumático](#h.xp48xg226jck)

[Epidemiología](#h.p0vrgygkoiq)

[Frecuencia del trauma](#h.5ri8ib7wzm5)

[Incidencia del TEPT](#h.3hyqnq1n14yu)

[Prevalencia del TEPT](#h.fbdmambg96mi)

[Factores de riesgo](#h.5hh9z95tiwq)

[Pronóstico](#h.tek5w2ka0i4y)

[Comorbilidades](#h.y7rjg58e7arl)

[Costos asociados](#h.8dihlkk4i9dk)

[Detección](#h.y0cj0zl7vglp)

[Prevención secundaria](#h.ei946axv0s0g)

[Tratamiento](#h.s3yc5mbtrifs)

[Psicoterapias](#h.ppekqquhq4dr)

[Farmacoterapias](#h.dlxnfqt30nwp)

[Terapias complementarias y experimentales](#h.q3mojflxof25)

[Referencias](#h.idf36g4ghghm)

#### Introducción

Los seres humanos estamos expuestos a la tragedia y el dolor desde que nacemos hasta nuestra muerte. Accidentes de tránsito, desastres naturales, agresiones, delincuencia, separaciones matrimoniales, violencia, incendios, pérdida de seres queridos o enfermedades catastróficas, entre otros, son experiencias comunes en la historia propia o de nuestros cercanos; las observamos constantemente en el arte, en la música y en la literatura. Las crisis, los duelos y los traumas nos acompañan y merodean al acecho, esperando mostrarse cuando menos se les espera. Así como la dicha y el placer, el dolor es parte inherente a la existencia humana.

Con el objetivo de brindar una idea acerca de la magnitud de la necesidad de servicios especializados para el tratamiento del trauma y sus secuelas, en esta sección revisaremos algunas definiciones, frecuencias, pronósticos y costos sociales asociados al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), la secuela emocional del trauma más frecuente y conspicua.

#### Definiciones

No existe una definición única e inequívoca para los términos crisis, duelo o tragedia. De acuerdo a la Real Academia Española ([Real Academia Española, 2001](http://www.rae.es/rae.html)), la crisis corresponde a una "mutación importante en el desarrollo de los procesos, ya de orden físico, ya históricos o espirituales." El duelo es definido como "dolor, lástima, aflicción o sentimiento", y la tragedia como un "suceso de la vida real capaz de suscitar emociones trágicas". Todos estos conceptos aluden a fenómenos de cambio radical en la historia de un ser humano - un suceso o *quiebre vital* *-* que tienen en común producir disforia, es decir, sentimientos y emociones displacenteras como la tristeza, el miedo, la culpa o la vergüenza.

Como contraparte a los términos crisis, duelo o tragedia, el concepto de trauma sí ha sido formalmente definido y operacionalizado por la Asociación Americana de Psiquiatría, no sin controversia ([Cova, Rincón, Grandón, & Vicente, 2011](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000300010)). Más allá de las disquisiciones aún vigentes sobre su definición ([Friedman, Resick, Bryant, & Brewin, 2011](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21910184)), de acuerdo a la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), que data de 2013 ([American Psychiatric Association, 2013](http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596)), el *trauma* es definido como cualquier situación de exposición a muerte, lesiones graves o violencia sexual, real o amenaza de ésta, en forma directa o como testigo, familiar o cercano a la víctima. También se considera trauma la exposición a detalles aversivos en virtud de la naturaleza del trabajo de una persona, como por ejemplo rescatistas, personal del Servicio Médico Legal, fotógrafos de la policía, entre otros.

#### Historia del concepto de trauma psíquico

Hoy en día existe bastante claridad de que las crisis, duelos, tragedias o traumas producen fuertes reacciones emocionales en la mayoría de las personas, y que un grupo minoritario pero significativo de quienes viven un trauma desarrollará secuelas emocionales de largo plazo. Este hallazgo es bastante novedoso. Aunque ya Homero, en La Ilíada, describía fenómenos somatomorfo-conversivos (ceguera funcional) en soldados que iban al combate, y Da Costa, médico que prestó servicios durante la Guerra Civil Norteamericana, acuñó el término "corazón de soldado" para describir la hiperreactividad cardiovascular de algunos veteranos de guerra, término que encontró otros sinónimos como "corazón irritable", "síndrome de esfuerzo", "shell shock", "fatiga de combate" o "síndrome post-vietnam" ([Hyams, Wignall, & Roswell, 1996](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3400312/)), en general la psiquiatría ha sido resistente en su historia a aceptar que el cerebro (un órgano tangible) pueda enfermar por el ambiente (perteneciente a una realidad intangible) ([van der Kolk & Najavits, 2013](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.21992/abstract)). Este panorama comenzó a cambiar con los aportes de Charcot, Janet y Freud, entre varios connotados próceres de la psiquiatría ([Bogousslavsky 2011](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?db=pubmed&cmd=link&linkname=pubmed_pubmed&uid=20938153); [Pérez-Rincón 2011](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20938151)), que llegaron a descubrir que los padecimientos de las pacientes histéricas eran consecuencia de experiencias traumáticas de forma similar a lo ocurrido en los soldados que regresaban del campo de batalla.

#### Trastorno de Estrés Postraumático

Durante la década de los 80, varios de estos fenómenos fueron agrupados bajo el constructo nosológico *Trastorno de Estrés Postraumático* (TEPT) ([Cova, Rincón, Grandón, & Vicente, 2011](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000300010)), caracterizado según la definición más moderna por reexperimentación involuntaria del trauma a través de imágenes, recuerdos y/o sensaciones involuntarias, casi oníricas acerca del trauma; fuerte malestar y/o necesidad de escapar de personas, situaciones, lugares o cosas que recordaran el evento; miedo, culpa, rabia, tristeza, vergüenza y/o o sensación de embotamiento emocional; y sensación de estar permanentemente alerta o "en guardia" frente a peligros, lo que produce desconcentración, irritabilidad e insomnio, entre otros fenómenos (Fig. 1) ([Friedman, Resick, Bryant, & Brewin, 2011](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.20767/abstract)). Es quizás esta multiplicidad de síntomas disímiles y abigarrados, asociado a la resistencia de los pacientes a hablar de sus traumas, lo que explica que para los clínicos sea tan difícil diagnosticar el TEPT y que el subdiagnóstico sea tan alto (Fig. 2). Se ha descrito que hasta un 11,8% de las personas que concurren a los servicios de atención primaria pueden tener TEPT, sin embargo su diagnóstico es mucho más bajo ([Wade, Howard, Fletcher, Cooper, & Forbes, 2013](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24024219), [Grinage 2003](http://www.aafp.org/afp/2003/1215/p2401.html); [Stein, McQuaid, Pedrelli, Lenox, & McCahill, 2000](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10936633)).

Fig. 1. Clusters sintomáticos del TEPT.

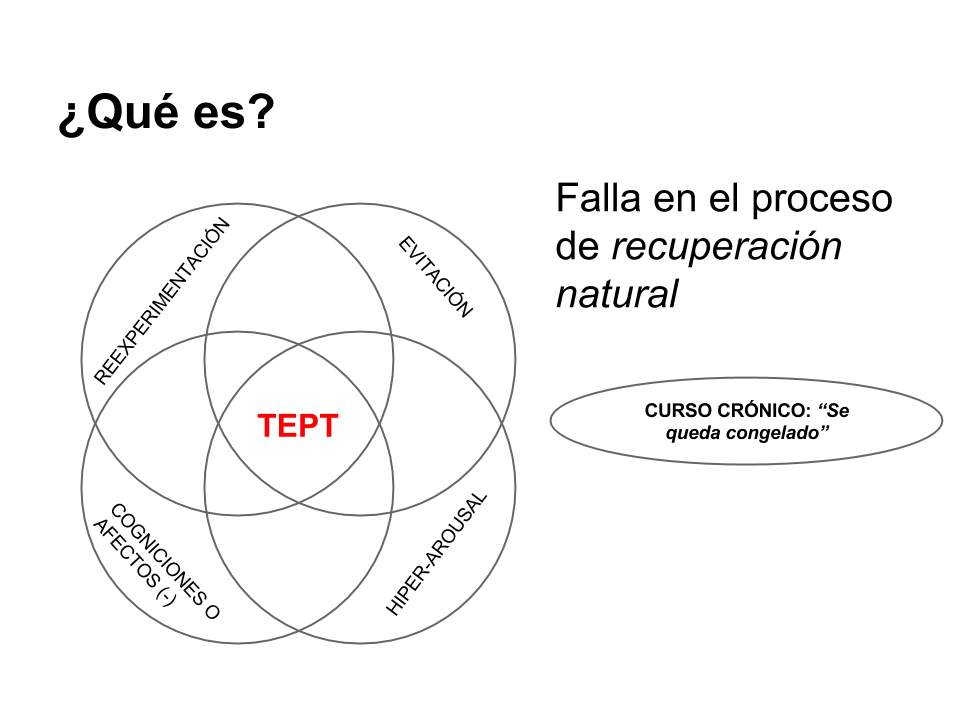
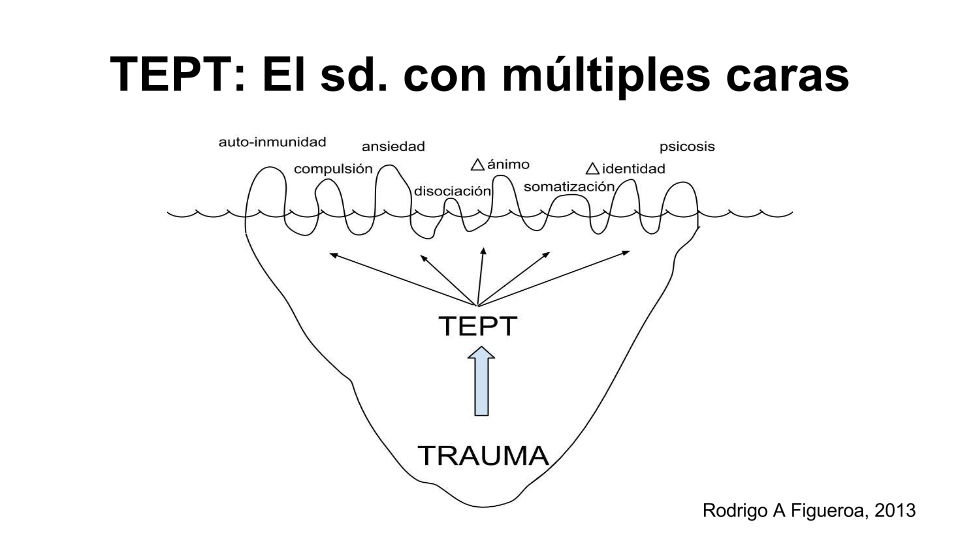


Fig. 2. La multiplicidad de expresiones sintomáticas de las secuelas del trauma.

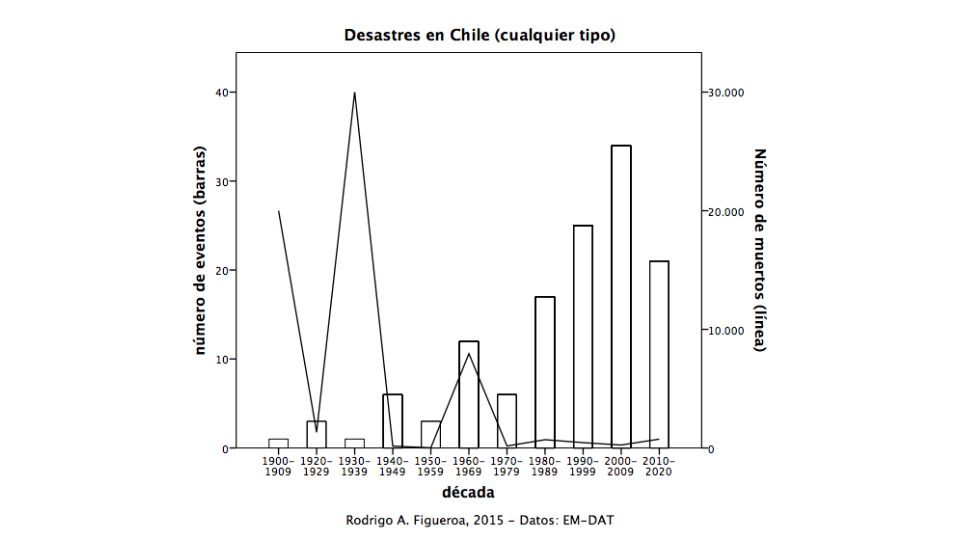


#### Epidemiología

##### Frecuencia del trauma

A diferencia de lo que se pensaba antiguamente, la experiencia de haber vivido un trauma es muy frecuente en la vida de las personas, variando la frecuencia entre diferentes países. Por ejemplo, en un estudio casi un 80% de la población de México reportó haber vivido un trauma alguna vez en su vida, en comparación con Alemania, donde sólo un poco más del 20% reportó lo mismo ([Norris et al., 2003](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14674876); [Perkonigg, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10674950)). En Estados Unidos y Australia la cifra fue de poco más de 50% ([Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11681550); [Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492257)). Chile se encuentra en una situación intermedia: casi un 40% de los chilenos reportó haber vivido un trauma alguna vez en su vida ([Zlotnick et al., 2006](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16854253)). Dicha estadística fue obtenida de una muestra que no había vivido el terremoto de 2010, que fue sentido como *severo* o *muy severo* por un 75% de la población de Chile. Si se repitiera el estudio hoy en día es probable que la frecuencia reportada sería mayor, más aún considerando el incremento en los últimos años de desastres naturales en nuestro país (Fig. 3).

Fig. 3. Desastres en Chile, 1900-2015.



##### Incidencia del TEPT

La incidencia de TEPT luego de un trauma varía según el tipo de trauma, su severidad, su duración y la cantidad de tiempo que ha pasado desde que ocurrió el evento. En términos generales, se describe que una de cada siete personas (14%) queda con secuelas emocionales de largo plazo luego de un trauma, como TEPT, depresión post-trauma o trastornos de ansiedad ([Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492257); [Norris et al., 2003](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14674876); Zlotnick et al., 2006). La violación es el tipo de trauma más patogénico, dando origen a un TEPT en un 77,1% de las víctimas hombre y 47,1% de las víctimas mujeres (Zlotnick et al., 2006). El tipo de trauma menos patogénico es ser testigo de la muerte o accidente grave de otra persona, con incidencias entre 1,3 y 7,0% ([Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1996917); [Kessler et al., 1995](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492257); [Norris et al., 2003](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14674876); [Perkonigg et al., 2000](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10674950); [Zlotnick et al., 2006](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16854253)). Las agresiones físicas y los asaltos también son altamente patogénicos. Afortunadamente, aunque el combate y las agresiones sexuales son los tipos de trauma más patogénicos de todos, son relativamente más infrecuentes. El tipo de trauma que más comúnmente explica un TEPT en Chile son los accidentes de tránsito graves y la muerte inesperada de un ser querido ([Zlotnick et al., 2006](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16854253)). Los desastres naturales también pueden ser una causa importante de TEPT. Se estima que entre un 30-40% de los directamente afectados; un 10-20% de los rescatistas y personal de ayuda humanitaria; y un 5-10% de la población general pueden desarrollar un TEPT luego de un desastre ([Galea, Nandi, & Vlahov, 2005](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15958429)). En Chile, tres meses después del terremoto de 2010, casi un 25% de la población de la VIII Región del Bío-Bío presentaba un probable TEPT, y la cifra en todo el país alcanzaba poco más de un 10% ([Figueroa, Bas, & Padilla, 2014](http://es.wpamadrid2014.com/)).

Una experiencia altamente estresante que está cobrando mucho interés en el mundo académico es la de la pérdida repentina de un ser querido, que ha afectado alguna vez a un porcentaje significativo de la población. En una muestra representativa de la población general norteamericana de 27.537 adultos, [Keyes, Pratt, Galea, McLaughlin, Koenen, & Shear (2014)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4119479/) determinaron que la muerte repentina de un ser querido había sido el tipo de evento traumático más frecuente y doloroso para los encuestados, y que - controlado por antecedentes psiquiátricos, otras experiencias traumáticas, y variables demográficas - por sí mismo era capaz de aumentar el riesgo de depresión, trastorno de pánico, manía, fobias, trastorno de ansiedad generalizada, abuso de alcohol y TEPT.

##### Prevalencia del TEPT

El último estudio de prevalencia de TEPT en Chile indicaba que un 4,4% de la población había presentado el trastorno alguna vez en su vida, y un 2,4% en el último año ([Vicente et al., 2006](http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2006.163.8.1362); [Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn, & Torres, 2002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500007); [Zlotnick et al., 2006](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16854253)) por lo que es posible pensar que el terremoto *per se* aumentó la prevalencia de TEPT en el país. Las cifras en Chile son intermedias respecto a las reportadas en otros países. Por ejemplo, en Alemania, México y Estados Unidos de Norteamérica un 1,3%, 12,2% y 6,8% de la población, respectivamente, había presentado TEPT alguna vez en la vida de acuerdo a estudios que utilizaron la misma metodología de medición que en Chile (Kessler et al., 2005; Norris et al., 2003). Un 0,7%, 1,33% y 3,5% de la población de Alemania, Australia y Estados Unidos de Norteamérica había presentado TEPT en el último año ([Creamer et al., 2001](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11681550); [Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939839); [Perkonigg et al., 2000](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10674950)).

Un grupo donde la prevalencia es particularmente alta es aquel compuesto por pacientes egresados de la UCI, veteranos de guerra, pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas y pacientes con trastorno de personalidad limítrofe. Por ejemplo, en un grupo de veteranos de la guerra de Vietnam evaluado 40 años después del combate, un 17% de los hombres y un 15,2% había presentado TEPT en algún momento, y un 4,5% de ellos y un 6,1% de ellas se mantenía con el trastorno activo ([Marmar, Schlenger, & Henn-Haase, 2015](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26201054)). Por su parte, [Andresen, Guic, Orellana, Díaz, & Castro, (2015)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26197780) reportaron que dos meses después del alta un 22,89% de los familiares de personas que habían estado hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico UC presentaban síntomas de TEPT, una cifra similar a la reportada en la población de las regiones declaradas en estado de catástrofe tres meses después del terremoto 27F ([Figueroa, Bas, & Padilla, 2014](http://es.wpamadrid2014.com/)).

##### Factores de riesgo

El TEPT es más frecuente en las mujeres que en los hombres, con una relación de 2:1 ([Breslau, 2001](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11495091)). Otros factores de riesgo incluyen una baja percepción de apoyo social y una alta percepción de estrés post-trauma ([Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12555794)), una alta percepción de riesgo vital durante el trauma, secuelas físicas y antecedentes psiquiátricos. Es importante señalar, sin embargo, que ninguno de estos factores incrementa el riesgo más de un 50% ([Brewin, Andrews, & Valentine, 2000](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11068961); [Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12555794)). Aproximadamente un 80% de las personas que desarrolla un Trastorno de Estrés Agudo durante el primer mes post-trauma evoluciona hacia un TEPT ([Brewin, Andrews, Rose, & Kirk, 1999](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10080549); [Harvey & Bryant, 1998](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9642889)).

##### Pronóstico

Un tercio de aquellos que desarrollan un TEPT luego de un desastre continúa sintomático una década después ([Green, Lindy, Grace, & Leonard, 1992](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1469374)), con altos costos en días laborales perdidos y un incremento en el riesgo de suicidio de 2.7 veces ([Kessler, 2000](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10761674)). Cerca de un 50% de quienes desarrollan un TEPT logran la remisión sintomática después de dos años ([Kessler, 2000](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10761674)). Factores de buen pronóstico son recibir un tratamiento precoz, apoyo social temprano, ausencia de eventos traumáticos posteriores, buen funcionamiento premórbido y ausencia de otros trastornos psiquiátricos ([Grinage, 2003](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14705759); [Tomb, 1994](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7937356)). Estos factores enfatizan las importancia de la detección y manejo precoz del cuadro.

##### Comorbilidades

El TEPT se asocia fuertemente a otros trastornos psiquiátricos como depresión, abuso de alcohol y sustancias, fobias simples, fobia social y distimia. Cerca de un 80% de quienes padecen TEPT son portadores de algún otro diagnóstico psiquiátrico ([Kessler, 2000](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10761674)). La presencia de TEPT aumenta significativamente el riesgo de trastornos del ánimo, tanto depresivo como maniformes ([Brady et al., 2000](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10770145)). Más de la mitad de los hombres con TEPT presentan abuso de alcohol o sustancias ([Kessler, 2000](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10761674)).

##### Costos asociados

El TEPT representa un 0,2% de la carga global de enfermedad, equivalente al cáncer cérvico-uterino ([World Health Organization, 2008](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)). Se asocia a múltiples dificultades psicosociales, como problemas maritales ([Monson, Taft, & Fredman, 2009](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2783889/); [Taft, Watkins, Stafford, Street, & Monson, 2011](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21261431)), disfunción familiar ([McFarlane, 2009](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19424067); [Sayers, Farrow, Ross, & Oslin, 2009](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19210950)), desempleo y problemas legales ([Kessler, 2000](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10761674)), abuso de alcohol ([Kessler et al., 1995](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492257)) y suicidio ([Wilcox, Storr, & Breslau, 2009](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19255380)). La importancia del TEPT en relación a la salud pública es de tal magnitud que el Senado de los Estados Unidos de Norteamérica declaró el 27 de junio como el *Día Nacional de la Conciencia del TEPT.* En Chile, luego del terremoto de 2010, se puede estimar que la incidencia de TEPT aumentó entre cinco y diez veces por sobre la incidencia normal, lo que lo pudo haber situado durante ese año entre las cinco primeras causas de carga de enfermedad medida como años perdidos por muerte prematura o discapacidad (AVISA) ([Figueroa et al., 2014](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25378017)).

#### Detección

Existen varios instrumentos diseñados para detectar el TEPT en forma rápida y sencilla, tanto en escenarios de atención primaria como en escenarios de alto riesgo, como UCI, servicios de urgencia y psiquiatría. Los dos más estudiados son la *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL) y la *Primary Care PTSD Screen* (PC-PTSD, Tabla 1), el primero validado en Chile en su versión construida en base a los criterios del DSM-IV ([Vera-Villarroel, Zych, Celis-Atenas, et al., 2011](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22049647)). Además de ser los más estudiados son los con mayor precisión diagnóstica, por lo que son los más utilizados como *screening* actualmente ([Spoont, Williams, Kehle-Forbes, et al., 2015](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26241601)).

|  |
| --- |
| **Tabla 1. Screening de Trastorno de Estrés Postraumático para la Atención Primaria (PC-PTSD)** ([Prins, Ouimette, & Kimerling, 2003](http://www.ptsd.va.gov/professional/articles/article-pdf/id26676.pdf)) |
| ¿En su vida, ha tenido alguna vez alguna experiencia que le haya sido tan atemorizante, horrible, o perturbadora que, en el último mes, usted...   1. ...haya tenido pesadillas o pensamientos acerca de de esa experiencia sin haber querido tenerlos? SÍ / NO 2. ...haya hecho grandes esfuerzos para no recordar la situación o ha evitado situaciones que le recuerden la experiencia? SÍ / NO 3. ...se haya sentido constantemente en guardia, alerta, o fácilmente sobresaltable?   SÍ / NO   1. ...se haya sentido como anestesiado emocionalmente o desapegado de los demás, sus actividades y su entorno? SÍ / NO |
| En caso de que tres o más respuestas sean “SÍ”, se sugiere derivar a evaluación por psiquiatría. |

En el servicio de urgencia, el Hospital Douglas y McGill University crearon el “[Emergency Triage Toolkit](http://www.info-trauma.org/flash/media-e/triageToolkit.pdf)”, para la detección de personas recientemente afectadas por experiencias traumáticas con señales de alarma sugerentes de alto riesgo de traumatización posterior. El *toolkit* se basa en los instrumentos PDEQ ([Brunet, Weiss, Metzler, et al., 2001](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15797699)) y PDI ([Birmes, Brunet, Benoit, et al., 2005](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15797699)), actualmente en proceso de validación local por nuestro equipo.

#### Prevención secundaria

Dado que el malestar emocional es tan intenso, doloroso y frecuente durante los primeros días después de un trauma - más de un 80% de las mujeres violadas cumplían criterios de TEPT durante la primera semana post-trauma en un estudio ([Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1955605)) -, se puede entender que ya desde la década de los 40 la comunidad médica haya hecho enormes esfuerzos por desarrollar intervenciones efectivas y seguras que brindaran calma, confort y que prevengan el desarrollo de secuelas emocionales en los afectados ([Flannery & Everly, 2000](http://cism.cap.gov/files/articles/Crisis%20Intervention%20-%20A%20Review.pdf); [Kearns, Ressler, Zatzick, & Rothbaum, 2012](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22941845); [Zohar, Sonnino, Juven-Wetzler, & Cohen, 2009](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19169193)). Entre las intervenciones más importantes que se han desarrollado se encuentran la Intervención en Crisis ([Flannery & Everly, 2000](http://cism.cap.gov/files/articles/Crisis%20Intervention%20-%20A%20Review.pdf)), la Terapia Cognitivo Conductual ([Rothbaum et al., 2012](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22766415)) y los Primeros Auxilios Psicológicos ([Vernberg et al., 2008](http://psycnet.apa.org/journals/pro/39/4/381/)). Lamentablemente ninguna de estas intervenciones ha demostrado fehacientemente prevenir el desarrollo de TEPT ([Gartlehner et al., 2013](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133344/)).

La Intervención en Crisis es un tipo de intervención que - entre otras cosas - busca ayudar al afectado a hacer *catarsis*, es decir, que se desahogue emocionalmente verbalizando su mundo interno en un ambiente seguro ([Flannery & Everly, 2000](http://cism.cap.gov/files/articles/Crisis%20Intervention%20-%20A%20Review.pdf)). Está pensada para ser aplicada en todas las víctimas de trauma. No existe una única forma o protocolo de intervención en crisis, sino tantas formas como terapeutas se aventuran a brindarla. Una forma particular que se realiza en una sola sesión, conocida como *debriefing* y muy popular entre los años 80 y 90 luego de emergencias, no ha demostrado ser efectiva para prevenir el TEPT, y peor aún, podría incrementar su incidencia ([Rose, Bisson, Churchill, & Wessely, 2002](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076399)). Es por esta razón que actualmente las principales guías clínicas recomiendan no hacer *debriefing* (["Clinical Guideline 26 Post-traumatic Stress Disorder(PTSD): The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care," 2005](https://www.nice.org.uk/guidance/cg26); [World Health Organization, 2013](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf))*,* a pesar de que sigue siendo ampliamente utilizada especialmente en el contexto de desastres naturales.

La Terapia Cognitivo Conductual es un tipo de intervención psicoterapéutica que busca modificar patrones conductuales, emocionales y cognitivos disfuncionales instalados producto del trauma, a través de desensibilización y reestructuración cognitiva ([Cahill, Foa, Friedman, Keane, & Resick, 2007](https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=zCEs1Rn6Dh8C&oi=fnd&pg=PA55&dq=Cahill,+S.+P.,+Foa,+E.+B.,+Friedman,+M.,+Keane,+T.,+%26+Resick,+P.+(2007).+Psychological+theories+of+PTSD.+In+Handbook+of+PTSD.+Science+and+practice+(pp.+55-77).+Guilford+Press+Nueva+York.&ots=meF2pH7mlm&sig=zhKrfG2aJxMsR8c0SAVvynSwSFw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)). Un tipo particular, la Terapia de Exposición Prolongada modificada para aplicación luego de un trauma reciente en el servicio de urgencia, logró disminuir la incidencia de TEPT luego de accidentes de tránsito, abuso sexual y asalto ([Rothbaum et al., 2012](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22766415)). Para ello la intervención fue administrada a todos los afectados en las primeras 24 horas post-trauma, y luego recibieron sesiones de refuerzo una y dos semanas después. Este promisorio hallazgo, sin embargo, no ha sido replicado, por lo que aún su uso se considera experimental.

Los Primeros Auxilios Psicológicos por su parte buscan ayudar al afectado ocupándose de asegurar la satisfacción de sus necesidades básicas en las primeras horas y días después del trauma ([Brymer et al., 2006](http://www.nctsn.org/sites/default/files/pfa/english/1-psyfirstaid_final_complete_manual.pdf); [Vernberg et al., 2008](http://psycnet.apa.org/journals/pro/39/4/381/)). A diferencia de la intervención en crisis y la terapia cognitiva conductual de aplicación inmediata, los Primeros Auxilios Psicológicos sólo deberían aplicarse en las personas que muestren señales de una fuerte perturbación emocional luego del evento. Bajo el principio de que los traumas se recuperan en forma espontánea en la medida de que se recupere precozmente la seguridad, la calma, la autoeficacia, la conexión con las redes de apoyo y la esperanza ([Hobfoll et al., 2007](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3752040/)), esta intervención diseñada para ser aplicada por legos no se centra en la ventilación emocional como vehículo de cambio, sino en la asistencia social. Los Primeros Auxilios Psicológicos tampoco han demostrado ser efectivos para prevenir el TEPT ([Dieltjens T, Moonens I, Van praet K, De buck E, & Vandekerckhove P., 2014](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264843/)). Un artículo publicado en julio de 2015 señalaba que sólo se podían encontrar tres revisiones sistemáticas de la literatura sobre Primeros Auxilios Psicológicos en Pubmed, y ninguna había encontrado estudios que demostraran su efectividad o seguridad ([Eifling, & Moy, 2015](http://www.emsworld.com/article/12077165/evidence-for-psychological-first-aid)). A pesar de lo anterior, por el hecho de estar inspirados en principios de la psicología positiva, la Teoría de Conservación de Recursos ([Hobfoll, 1989](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2648906)) y estar dirigidos sólo a aquellos afectados con señales de inestabilidad emocional mayor, actualmente son la intervención más recomendada por los expertos, ya que se consideran de bajo riesgo de iatrogenia.

#### Tratamiento

Cuando el TEPT ya se ha instalado, el tratamiento de elección es la psicoterapia (["Clinical Guideline 26 Post-traumatic Stress Disorder(PTSD): The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care," 2005](https://www.nice.org.uk/guidance/cg26); [Forbes et al., 2007](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17620160); [Ursano, Sonnenberg, & Lazar, 2004](http://www.amazon.com/Concise-Guide-Psychodynamic-Psychotherapy-Guides/dp/1585621730); [World Health Organization, 2013](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf)). Los fármacos son un coadyuvante para casos especiales. No cualquier tipo de psicoterapia es útil para tratar el TEPT, así como tampoco lo es cualquier tipo de psicofármaco ([Bisson, Roberts, Andrew, Cooper, & Lewis, 2013](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0012018/); [Stein, Ipser, & Seedat, 2006](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16437445)). En general, el tratamiento del TEPT requiere el uso de técnicas específicas, centradas en el trauma, las que permiten una mucho mayor velocidad y efectividad de respuesta que las psicoterapias genéricas, y con menos complicaciones ([Bisson et al., 2013](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0012018/)). Por esta razón el tratamiento del TEPT debe ser efectuado por profesionales especializados en crisis, duelo y trauma. El riesgo de recibir un tratamiento inespecífico es que no se logre una respuesta satisfactoria, y con ello, que el paciente entre en desesperanza, abandone el tratamiento y no vuelva a consultar nunca más, perdiendo la oportunidad de mejora. Esto es lamentable, porque los tratamientos especializados en trauma han demostrado altos niveles de efectividad, eficiencia y seguridad.

###### Psicoterapias

Las Psicoterapias Centradas en el Trauma (PTCT) son la primera línea de tratamiento del TEPT [("Clinical Guideline 26 Post-traumatic Stress Disorder(PTSD): The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care," 2005](https://www.nice.org.uk/guidance/cg26); [Forbes et al., 2007](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17620160); [Ursano, Sonnenberg, & Lazar, 2004](http://www.amazon.com/Concise-Guide-Psychodynamic-Psychotherapy-Guides/dp/1585621730); [World Health Organization, 2013](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf)). Se consideran dentro de este grupo la Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TCC-CT) y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (*EMDR*, de sus siglas en inglés). Un meta-análisis reciente ([Bisson et al., 2013](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0012018/)) demostró que la TCC-CT y EMDR son más efectivas que la Terapia Cognitivo Conductual no centrada en el trauma, y ésta, a su vez, que la psicoterapia de apoyo, consejería no directiva, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia centrada en el presente. Cualquiera de los tratamientos activos fue más efectivo que la lista de espera o tratamiento habitual, con tamaños de efecto estadística y clínicamente significativos para reducción de síntomas de TEPT con PTCT (diferencia media estandarizada < -1.0). Las PTCT suelen ser tratamientos breves, de aproximadamente tres meses de duración, y han probado ser más eficaces y mejor tolerados que los fármacos ([Van Etten & Taylor, 1998](http://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/35192)). Un aspecto relevante a considerar dada la alta comorbilidad del TEPT con depresión es que todas las PTCT, así como la paroxetina, son efectivas para el tratamiento de la depresión asociada a TEPT ([Rinconi, Shiner, & Watts, 2015](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26075838)). En presencia de depresión y TEPT el tratamiento debe centrarse en este último, porque el curso, la biología y el curso de la depresión son diferentes a los de la depresión mayor ([Gore, 2014](http://emedicine.medscape.com/article/288154-treatment)). Es también importante señalar que - al contrario de lo que se pensaba - las PTCT son efectivas en pacientes con altos niveles de disociación, y que los síntomas de evitación y embotamiento afectivo son particularmente sensibles a estas intervenciones ([Wolf, Lunney, & Schnurr, 2015](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26167946); [Schnurr, & Lunney, 2015](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26147562)). También son efectivas y seguras añadidas al tratamientos basados en la evidencia de pacientes con psicosis ([van den Berg, de Bont, van der Bleugel, de Roos, de Jongh, et al., 2015](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25607833)), trastorno de personalidad limítrofe ([Harned, Korslund, Foa, & Linehan, 2012](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=foa+linehan)) y abuso de alcohol ([Mills, Teesson, Back, Brandy, Baker, et al., 2012](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22893166)), todos cuadros altamente comórbidos con el TEPT y que por lo tanto son indispensables de abordar en un escenario clínico “real”.

Las PTCT utilizan la exposición al recuerdo traumático a través de imaginería y/o narración del evento con el objetivo de lograr desensibilizar y reprocesar emocionalmente los recuerdos del trauma. Es indispensable para ello una exposición en un ambiente seguro y tranquilo, donde la exposición se va efectuando de manera gradual, en la medida que el paciente lo vaya tolerando. En la medida que transcurre el tratamiento van apareciendo en las sesiones pensamientos disfuncionales, los que el clínico identifica y señala, invitando al paciente a reflexionar el porqué de lo disfuncional de éstos para luego reemplazarlos por cogniciones más adaptativas ([Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007](http://www.oup.com/us/companion.websites/0195308506/); [Resick, Monson, & Chard, 2007](http://www.alrest.org/pdf/CPT_Manual_-_Modified_for_PRRP(2).pdf)). Aunque en general la TCC-CT es bien tolerada un grupo significativo de pacientes abandona el tratamiento, por lo general al comienzo. Un cuarto de los pacientes no llega a la tercera sesión ([Kehle-Forbes, Meis, Spoont, & Polusny, 2015](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26121175); [Gutner, Gallagher, Baker, Sloan, & Resick, 2015](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26098737)).

Por su nivel de especialización las PTCT no son terapias que sean enseñadas a psiquiatras y psicólogos en su formación general. Deben asistir a programas de entrenamiento específicos para aprenderlas, de aproximadamente 50 horas de duración en su versión básica, incluyendo además tiempo de supervisión entre pares. La participación en grupos de supervisión entre pares se considera indispensable, porque además de ser una oportunidad de obtener retroalimentación técnica los grupos ofrecen un espacio de contención emocional entre los terapeutas que se encuentran en riesgo de traumatización vicaria por la intensa exposición a los traumas de sus pacientes ([Trippany, Kress, & Wilcoxon, 2004](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00283.x/abstract)).

###### Farmacoterapias

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) son el grupo de fármacos más recomendados para el tratamiento del TEPT complicado con depresión, refractario a PTCT o cuando el paciente no desea o no puede hacer psicoterapia (["Clinical Guideline 26 Post-traumatic Stress Disorder(PTSD): The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care," 2005](https://www.nice.org.uk/guidance/cg26); [Forbes et al., 2007](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17620160); [Ursano, Sonnenberg, & Lazar, 2004](http://www.amazon.com/Concise-Guide-Psychodynamic-Psychotherapy-Guides/dp/1585621730); [World Health Organization, 2013](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf)). Lo anterior se debe a que han demostrado efectividad en reducir los síntomas del TEPT y su perfil de efectos adversos es más bajo que el de otros antidepresivos ([Stein, Ipser, & Seedat, 2006](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16437445)). Entre éstos, la sertralina y la paroxetina han sido formalmente aprobados por la U.S. Food and Drug Administration.

Otro grupo de medicamentos que pueden ser útiles son los antidepresivos duales como la venlafaxina ([Gartlehner et al., 2013](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133344/)). La adición de antipsicóticos de segunda generación, como olanzapina o risperidona puede ayudar en casos donde el paciente presente ansiedad que no responde a los ISRS, pero deben ser utilizados con cuidado por el riesgo de efectos adversos como síntomas extrapiramidales o aumento de peso ([Divac, Prostran, Jakovcevski, & Cerovac, 2014](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24995318); [Shams & Müller, 2014](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25138234)). La mirtazapina, utilizada como un coadyuvante de la sertralina, podría facilitar la remisión del TEPT según un ensayo randomizado controlado contra placebo ([Schneier et al., 2015](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26115513)), sin embargo el pequeño tamaño muestral limita la generalizabilidad de los resultados.

La prazosina, un antagonista adrenérgico alfa 1, ha demostrado ser útil para el tratamiento de las pesadillas asociadas a TEPT ([Green, 2014](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25036580)), sin embargo aún no se encuentra aprobado por la FDA para esta indicación.

Por último, las benzodiacepinas, un grupo de medicamentos ampliamente utilizados para el manejo de los síntomas ansiosos asociados al TEPT y otras secuelas post-traumáticas, así como para el duelo, no han demostrado ser útiles en el largo plazo ([Ipser & Stein, 2012](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21798109)) y tienen alto riesgo de complicaciones como dependencia, amnesia, deterioro psicomotor, efecto paradójico, e incluso se ha reportado un incremento del riesgo de demencias asociado a su uso prolongado ([Dell'osso & Lader, 2013](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22521806)). Además, existe evidencia de que podría interferir con el proceso de recuperación natural post-trauma ([Gelpin, Bonne, Peri, Brandes, & Shalev, 1996](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9746445); [Stevenson, Halliday, Marsden, & Mason, 2007](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17503486)). Por lo anterior, y a pesar del alto uso que se hace de este grupo de fármacos en pacientes afectados por situaciones de crisis, duelo y trauma, no se recomienda su uso a menos que sea estrictamente necesario, e idealmente por no más de dos semanas ([Sampogna et al., 2015](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26076412)).

###### Terapias complementarias y experimentales

Existen varias aproximaciones terapéuticas específicas y promisorias en el campo de la psicotraumatología ([Cukor, Spitalnick, Difede, Rizzo, & Rothbaum, 2009](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19800725)). Por la alta comorbilidad de Trastorno de Personalidad Limítrofe y abuso de sustancias en personas con TEPT, el uso de Terapia Conductual Dialéctica (DBT) ha demostrado ser una buena alternativa de potenciación de las PTCT ([Harned, Korslund, Foa, & Linehan, 2012](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22503959)). Por la alta frecuencia de problemas de pareja y familiares asociados, el uso de psicoterapia sistémica también se hace a veces indispensable ([Lambert, Engh, Hasbun, & Holzer, 2012](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22924422)). Para los adolescentes infractores de ley, muchos de ellos afectados por experiencias traumáticas como violencia intrafamiliar, maltrato y/o abuso sexual temprano, el uso de la Terapia Multisistémica (MST) es la única modalidad de intervención que ha demostrado prevenir la reincidencia delictual en este grupo de alto riesgo ([Zajac, Randall, & Swenson, 2015](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26092742)). En un ensayo randomizado controlado de 116 veteranos de guerra la Reducción de Estrés Basada en Mindfulness mostró mayor efectividad que la Terapia Grupal Centrada en el Presente para disminuir los síntomas de TEPT y mejorar la calidad de vida, aunque ninguna de las dos intervenciones fue igual de efectiva que las PTCT ([Polusny et al., 2015](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26241597)).

Entre las terapias alternativas y complementarias existen experiencia de uso coadyuvante de yoga y acupuntura para personas con TEPT. Otras intervenciones complementarias potenciales son la psicoterapia basada en *mindfulness*, la *Acceptance & Commitment Therapy* y la Arteterapia, entre otras ([Cukor, Spitalnick, Difede, Rizzo, & Rothbaum, 2009](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19800725)). No se trata de tratamientos que en sí mismos sean suficientes para manejar el cuadro, pero pueden potenciar las PTCT.

Desde el punto de vista de las terapias farmacológicas también existen avances. Uno de las herramientas que se ha estudiado en forma intensiva y que permitiría estrechar el trabajo colaborativo entre psiquiatras y psicólogos es el uso de d-cicloserina, una molécula agonista de los receptores glutamatérgicos NMDA que administrada algunos minutos antes de la psicoterapia podría acelerar la velocidad de respuesta a ésta. Lamentablemente los resultados no han sido tan promisorios como originalmente se pensó que serían ([Ori et al., 2015](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25957940)) Otras moléculas en activa investigación son el propanolol, los glucocorticoides y los opioides ([Gartlehner et al., 2013](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133344/)).

Por otra parte están en fuerte desarrollo las técnicas de realidad virtual y realidad aumentada, donde los pacientes son expuestos a sus recuerdos traumáticos con la ayuda de anteojos conectados a un computador que reproducen frente a sus ojos la escena traumática, de manera de ir gradualmente desensibilizándolos ([Gerardi, Cukor, Difede, Rizzo, & Rothbaum, 2010](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20535592); [Cukor, Spitalnick, Difede, Rizzo, & Rothbaum, 2009](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19800725)). Otra herramienta similar es la telemedicina. Existen varios ensayos, algunos de ellos randomizados, que han mostrado que la psicoterapia a través de vídeo sería igual de efectiva que la terapia en persona, pero con la ventaja de poder ser utilizada en lugares remotos ([Morland et al., 2015](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26243685)). Más aún, terapias automatizadas, sin la participación de un humano, a través de internet, también muestran resultados promisorios ([Belsher, Kuhn, Maron, et al., 2015](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25864506)). Otra herramienta que podría revolucionar el campo es la Estimulación Magnética Transcraneana Profunda (DTMS, de sus siglas en inglés) ([Isserles et al., 2013](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22921765)), que actualmente se encuentra en proceso de ensayo randomizado controlado multicéntrico, con un equipo en Chile participando en la investigación. Un hallazgo interesante y que también ha dado que hablar es que el uso del juego computacional Tetris disminuiría los *flashbacks* en pacientes con TEPT ([Holmes, James, Coode-Bate, & Deeprose, 2009](http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004153)).

#### Referencias

[American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.](http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596)

[Belsher, B. E., Kuhn, E., Maron, D., Prins, A., Cueva, D., Fast, E., & France, D. (2015). A preliminary study of an internet-based intervention for OEF/OIF veterans presenting for VA specialty PTSD care. *Journal of traumatic stress, 2,*153–156.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25864506)

[Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., Defer, S., Hatton, L., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2005). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists, 2,* 145–151.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15797699)

[Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. The Cochrane database of systematic reviews, , CD003388.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0012018/)

[Bogousslavsky, J. (2011). Hysteria after charcot: Back to the future. *Front Neurol Neurosci*, *29*, 137-61. doi:10.1159/000321783.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20938153)

[Brady, K., Pearlstein, T., Asnis, G. M., Baker, D., Rothbaum, B., Sikes, C. R., & Farfel, G. M. (2000). Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *JAMA*, *283*(14), 1837.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10770145)

[Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem? *The Journal of Clinical Psychiatry*, *62 Suppl 17*, 16-22.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11495091)

[Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, *48*(3), 216-22.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1996917)

[Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 748-66.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11068961)

[Brewin, C. R., Andrews, B., Rose, S., & Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *The American Journal of Psychiatry*, *156*(3), 360-6.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10080549)

[Brunet, A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., et al. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed Measure of PTSD criterion A2. American Journal of Psychiatry, 158, 1480-1485](http://www.researchgate.net/publication/11813022_The_Peritraumatic_Distress_Inventory_A_proposed_measure_of_PTSD_Criterion_A2).

[Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., . . . Watson, P. (2006). Psychological first aid field operations guide. *Washington, DC: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.*](http://www.nctsn.org/sites/default/files/pfa/english/1-psyfirstaid_final_complete_manual.pdf)

[Cahill, S. P., Foa, E. B., Friedman, M., Keane, T., & Resick, P. (2007). Psychological theories of PTSD. In *Handbook of PTSD. Science and practice* (pp. 55-77). Guilford Press Nueva York.](https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=zCEs1Rn6Dh8C&oi=fnd&pg=PA55&dq=Cahill,+S.+P.,+Foa,+E.+B.,+Friedman,+M.,+Keane,+T.,+%26+Resick,+P.+(2007).+Psychological+theories+of+PTSD.+In+Handbook+of+PTSD.+Science+and+practice+(pp.+55-77).+Guilford+Press+Nueva+York.&ots=meF2pH7mlm&sig=zhKrfG2aJxMsR8c0SAVvynSwSFw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

[Clinical Guideline 26 Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. (2005). *The National Institute for Clinical Excellence.* Retrieved from http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline.](http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline.)

[Cova, F., Rincón, P., Grandón, P., & Vicente, B. (2011). Controversias respecto de la conceptualización del trastorno de estrés postraumático. *Revista Chilena De Neuro-psiquiatría*, *49*(3), 288-297.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000300010)

[Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the australian national survey of mental health and well-being. *Psychol Med*, *31*(7), 1237-47.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11681550)

[Cukor, J., Spitalnick, J., Difede, J., Rizzo, A., & Rothbaum, B. O. (2009). Emerging treatments for PTSD. *Clin Psychol Rev*, *29*(8), 715-26. doi:10.1016/j.cpr.2009.09.001.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19800725)

[Dell'osso, B., & Lader, M. (2013). Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *28*(1), 7-20. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.11.003.](http://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338(11)00180-5/abstract)

[Dieltjens T, Moonens I, Van praet K, De buck E, Vandekerckhove P. A systematic literature search on psychological first aid: lack of evidence to develop guidelines. PLoS ONE. 2014;9(12):e114714.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264843/)

[Divac, N., Prostran, M., Jakovcevski, I., & Cerovac, N. (2014). Second-generation antipsychotics and extrapyramidal adverse effects. *BioMed Research International*, *2014*, 656370. doi:10.1155/2014/656370.](http://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/656370/)

[Eifling, K., & Moy, H. (2015, July 1). Evidence for Psychological First Aid | EMSWorld.com. Retrieved October 5, 2015, from http://www.emsworld.com/article/12077165/evidence-for-psychological-first-aid.](http://www.emsworld.com/article/12077165/evidence-for-psychological-first-aid.)

[Figueroa, R. A., Bas, C., & Padilla, O. (2014). Post-traumatic stress in chile after the F27 earthquake: A pre-post disaster longitudinal analysis of socioeconomic risk factors in a national representative sample of 27,593 adults. In *XVI world congress of the world psychiatry association.*](http://es.wpamadrid2014.com/)

[Figueroa, R. A., Repetto, P., & Bernales, M. (2014). [Incorporation of psychological first aid to the undergraduate curriculum]. Revista médica de Chile, 7, 934–935.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25378017)

[Flannery, R. B., & Everly, G. S. (2000). Crisis intervention: A review. *International Journal of Emergency Mental Health*, *2*(2), 119-126.](http://cism.cap.gov/files/articles/Crisis%20Intervention%20-%20A%20Review.pdf)

[Foa, E., Hembree, E., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide.* Oxford University Press.](http://www.amazon.com/Prolonged-Exposure-Therapy-PTSD-Experiences/dp/0195308506)

[Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(5), 715-23.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1955605)

[Forbes, D., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R., McFarlane, A., Devilly, G. J., . . . Newton, S. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *41*(8), 637-48. doi:10.1080/00048670701449161.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17620160)

[Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. Depression and Anxiety, 28(9), 750-769. doi:10.1002/da.20767.](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.20767/abstract)

[Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, *27*, 78-91. doi:10.1093/epirev/mxi003.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15958429)

[Gelpin, E., Bonne, O., Peri, T., Brandes, D., & Shalev, A. Y. (1996). Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study. *The Journal of clinical psychiatry, 9,* 390–394.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9746445)

[Gartlehner, G., Forneris, C. A., Brownley, K. A., Gaynes, B. N., Sonis, J., Coker-Schwimmer, E., . . . Lohr, K. N. (2013). *AHRQ Comparative Effectiveness Reviews: Interventions for the prevention of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults after exposure to psychological trauma.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133344/)

[Gerardi, M., Cukor, J., Difede, J., Rizzo, A., & Rothbaum, B. O. (2010). Virtual reality exposure therapy for post-traumatic stress disorder and other anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, *12*(4), 298-305. doi:10.1007/s11920-010-0128-4.](http://ict.usc.edu/pubs/Virtual%20Reality%20Exposure%20Therapy%20for%20Post-Traumatic%20Stress%20Disorder%20and%20Other%20Anxiety%20Disorders.pdf)

[Gore, T. (2014, November 12). Posttraumatic Stress Disorder Treatment & Management. Retrieved September 29, 2015, from http://emedicine.medscape.com/article/288154-treatment](http://emedicine.medscape.com/article/288154-treatment)

[Green, B. (2014). Prazosin in the treatment of PTSD. *Journal of Psychiatric Practice*, *20*(4), 253-9. doi:10.1097/01.pra.0000452561.98286.1e.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25036580)

[Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., & Leonard, A. C. (1992). Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *180*(12), 760-6.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1469374)

[Grinage, B. D. (2003). Diagnosis and management of post-traumatic stress disorder. *Am Fam Physician*, *68*(12), 2401-8.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14705759)

[Gutner, C. A., Gallagher, M. W., Baker, A. S., Sloan, D. M., & Resick, P. A. (2015). Time Course of Treatment Dropout in Cognitive-Behavioral Therapies for Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy, Jun 22. [Epub ahead of print]*.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26098737)

[Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(6), 381-6. doi:10.1016/j.brat.2012.02.011.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22503959)

[Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(3), 507-12.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9642889)

[Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *The American Psychologist*, *44*(3), 513-24.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2648906)

[Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., . . . Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, *70*(4), 283-315; discussion 316-69. doi:10.1521/psyc.2007.70.4.283.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18181708)

[Holmes, E. A., James, E. L., Coode-Bate, T., & Deeprose, C. (2009). Can playing the computer game "tetris" reduce the build-up of flashbacks for trauma? A proposal from cognitive science. *PloS One*, *4*(1), e4153. doi:10.1371/journal.pone.0004153.](http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004153)

[Hyams, K. C., Wignall, F. S., & Roswell, R. (1996). War syndromes and their evaluation: From the U.S. Civil war to the persian gulf war. *Annals of Internal Medicine*, *125*(5), 398-405.](http://www.gulflink.osd.mil/medical/med_syndrome.htm)

[Ipser, J. C., & Stein, D. J. (2011). Evidence-based pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder (PTSD). The international journal of neuropsychopharmacology / official scientific journal of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP), 6, 825–840.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21798109)

[Isserles, M., Shalev, A. Y., Roth, Y., Peri, T., Kutz, I., Zlotnick, E., & Zangen, A. (2013). Effectiveness of deep transcranial magnetic stimulation combined with a brief exposure procedure in post-traumatic stress disorder--a pilot study. *Brain Stimulation*, *6*(3), 377-83. doi:10.1016/j.brs.2012.07.008.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22921765)

[Kearns, M. C., Ressler, K. J., Zatzick, D., & Rothbaum, B. O. (2012). Early interventions for PTSD: A review. *Depression and Anxiety*, *29*(10), 833-42. doi:10.1002/da.21997.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3665083/)

[Kehle-Forbes, S. M., Meis, L. A., Spoont, M. R., & Polusny, M. A. (2015). Treatment Initiation and Dropout From Prolonged Exposure and Cognitive Processing Therapy in a VA Outpatient Clinic. Psychological trauma : theory, research, practice and policy, Jun 29. [Epub ahead of print].](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26121175)

[Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *61 Suppl 5*, 4-12; discussion 13-4.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10761674)

[Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939837)

[Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 617-27. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2847357/)

[Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*(12), 1048-60.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492257)

[Keyes, K. M., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., & Shear, M. K. (2014). The burden of loss: unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *The American journal of psychiatry, 8,* 864–871.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4119479/)

[Lambert, J. E., Engh, R., Hasbun, A., & Holzer, J. (2012). Impact of posttraumatic stress disorder on the relationship quality and psychological distress of intimate partners: A meta-analytic review. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *26*(5), 729-37. doi:10.1037/a0029341.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22924422)

[Marmar, C. R., Schlenger, W., Henn-Haase, C., Qian, M., Purchia, E., Li, M., Corry, N., Williams, C. S., Ho, C. L., Horesh, D., Karstoft, K. I., Shalev, A., & Kulka, R. A. (2015). Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 Years After the Vietnam War: Findings From the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. *JAMA psychiatry, 9,* 875–881.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26201054)

[McFarlane, A. C. (2009). Military deployment: The impact on children and family adjustment and the need for care. *Current Opinion in Psychiatry*, *22*(4), 369-73. doi:10.1097/YCO.0b013e32832c9064.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19424067)

[Mills, K. L., Teesson, M., Back, S. E., Brady, K. T., Baker, A. L., Hopwood, S., Sannibale, C., Barrett, E. L., Merz, S., Rosenfeld, J., & Ewer, P. L. (2012). Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. *JAMA, 7,* 690–699.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22893166)

[Monson, C. M., Taft, C. T., & Fredman, S. J. (2009). Military-related PTSD and intimate relationships: From description to theory-driven research and intervention development. *Clin Psychol Rev*, *29*(8), 707-14. doi:10.1016/j.cpr.2009.09.002.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14674876)

[Morland, L. A., Mackintosh, M. A., Rosen, C. S., Willis, E., Resick, P., Chard, K., & Frueh, B. C. (2015). TELEMEDICINE VERSUS IN-PERSON DELIVERY OF COGNITIVE PROCESSING THERAPY FOR WOMEN WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: A RANDOMIZED NONINFERIORITY TRIAL. *Depression and anxiety, Aug*(3). *doi: 10.1002/da.22397.*](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26243685)

[Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G., & Rodriguez, J. d. e. . J. (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in mexico. *J Abnorm Psychol*, *112*(4), 646-56. doi:10.1037/0021-843X.112.4.646.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14674876)

[Ori, R., Amos, T., Bergman, H., Soares-Weiser, K., Ipser, J. C., & Stein, D. J. (2015). Augmentation of cognitive and behavioural therapies (CBT) with d-cycloserine for anxiety and related disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *5*, CD007803. doi:10.1002/14651858.CD007803.pub2.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25957940)

[Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *129*(1), 52-73.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12555794)

[Perkonigg, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(1), 46-59.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10674950)

[Pérez-Rincón, H. (2011). Pierre janet, sigmund freud and charcot's psychological and psychiatric legacy. *Front Neurol Neurosci*, *29*, 115-24. doi:10.1159/000321781](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20938151)

[Polusny, M. A., Erbes, C. R., Thuras, P., Moran, A., Lamberty, G. J., Collins, R. C., Rodman, J. L., & Lim, K. O. (2015). Mindfulness-Based Stress Reduction for Posttraumatic Stress Disorder Among Veterans: A Randomized Clinical Trial. *JAMA, 5,* 456–465.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26241597)

[Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., Thrailkill, A., Gusman, F.D., Sheikh, J. I. (2003). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics. Primary Care Psychiatry, 9, 9-14.](http://www.ptsd.va.gov/professional/articles/article-pdf/id26676.pdf)

[Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.aed.). Consultado en http://www.rae.es/rae.html](http://www.rae.es/rae.html)

[Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2007). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version.* Washington, DC: Department of Veteras´ Affairs.](http://www.alrest.org/pdf/CPT_Manual_-_Modified_for_PRRP(2).pdf)

[Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000560. doi:10.1002/14651858.CD000560.](http://www.cochrane.org/CD000560/DEPRESSN_psychological-debriefing-for-preventing-post-traumatic-stress-disorder-ptsd)

[Rothbaum, B. O., Kearns, M. C., Price, M., Malcoun, E., Davis, M., Ressler, K. J., . . . Houry, D. (2012). Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biological Psychiatry.* doi:10.1016/j.biopsych.2012.06.002.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22766415)

[Sampogna, G., Del Vecchio, V., Luciano, M., De Rosa, C., Albert, U., Dell'Osso, B., & Fiorillo, A. (2015). [Should we continue to use benzodiazepines in clinical practice?]. *Recenti Progressi in Medicina*, *106*(6), 243-5. doi:10.1701/1884.20548.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26076412)

[Sayers, S. L., Farrow, V. A., Ross, J., & Oslin, D. W. (2009). Family problems among recently returned military veterans referred for a mental health evaluation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(2), 163-70.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19210950)

[Schneier, F. R., Campeas, R., Carcamo, J., Glass, A., Lewis-Fernandez, R., Neria, Y., Sanchez-Lacay, A., Vermes, D., & Wall, M. M. (2015). COMBINED MIRTAZAPINE AND SSRI TREATMENT OF PTSD: A PLACEBO-CONTROLLED TRIAL. *Depression and anxiety, 8,* 570–579.](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.22384/abstract)

[Schnurr, P. P., & Lunney, C. A. (2015). Differential Effects of Prolonged Exposure on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Female Veterans.Journal of consulting and clinical psychology, Jul(6), [Epub ahead of print]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26147562)

[Shams, T. A., & Müller, D. J. (2014). Antipsychotic induced weight gain: Genetics, epigenetics, and biomarkers reviewed. *Current Psychiatry Reports*, *16*(10), 473. doi:10.1007/s11920-014-0473-9.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25138234)

[Spoont, M. R., Williams, J. W., Kehle-Forbes, S., Nieuwsma, J. A., Mann-Wrobel, M. C., & Gross, R. (2015). Does This Patient Have Posttraumatic Stress Disorder?: Rational Clinical Examination Systematic Review. *JAMA, 5,* 501–510.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26241601)

[Stein, D. J., Ipser, J. C., & Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*(1).](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16437445)

[Stein, M. B., McQuaid, J. R., Pedrelli, P., Lenox, R., & McCahill, M. E. (2000). Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *General Hospital Psychiatry*, *22*(4), 261-9.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10936633)

[Stevenson, C. W., Halliday, D. M., Marsden, C. A., & Mason, R. (2007). Systemic administration of the benzodiazepine receptor partial inverse agonist FG-7142 disrupts corticolimbic network interactions. *Synapse (New York, N.Y.), 8,* 646–663.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17503486)

[Taft, C. T., Watkins, L. E., Stafford, J., Street, A. E., & Monson, C. M. (2011). Posttraumatic stress disorder and intimate relationship problems: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(1), 22-33. doi:10.1037/a0022196.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21261431)

[Tomb, D. A. (1994). The phenomenology of post-traumatic stress disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, *17*(2), 237-50.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7937356)

[Trippany, R. L., Kress, V. E. W., & Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & Development*, *82*(1), 31-37. doi:10.1002/j.1556-6678.2004.tb00283.x.](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00283.x/abstract)

[Ursano, R. J., Sonnenberg, S. M., & Lazar, S. G. (2004). Concise guide to psychodynamic psychotherapy : Principles and techniques of brief, intermittent, and long-term psychodynamic psychotherapy. Washington, DC: American Psychiatric Pub. Retrieved from Library of Congress.](http://www.amazon.com/Concise-Guide-Psychodynamic-Psychotherapy-Guides/dp/1585621730)

[van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., Van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial.*JAMA psychiatry, 3,* 259–267.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25607833)

[van der Kolk, B., & Najavits, L. M. (2013). Interview: What is PTSD really? Surprises, twists of history, and the politics of diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(5), 516-522. doi:10.1002/jclp.21992](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.21992/abstract)

[Van Etten, M. L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *5*, 126-144.](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-0879(199809)5:3%3C126::AID-CPP153%3E3.0.CO;2-H/abstract)

[Vera-Villarroel, P., Zych, I., Celis-Atenas, K., CÃ³rdova-Rubio, N., & Buela-Casal, G. (2011). Chilean validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian version (PCL-C) after the earthquake on February 27, 2010.*Psychological reports, 1,* 47–58.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22049647)

[Vernberg, E. M., Steinberg, A. M., Jacobs, A. K., Brymer, M. J., Watson, P. J., Osofsky, J. D., . . . Ruzek, J. I. (2008). Innovations in disaster mental health: Psychological first aid. *Professional Psychology: Research and Practice*, *39*(4), 381-388. Retrieved from Google Scholar.](http://psycnet.apa.org/journals/pro/39/4/381/)

[Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I., & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the chile psychiatric prevalence study. The American Journal of Psychiatry, 163(8), 1362-70. doi:10.1176/appi.ajp.163.8.1362.](http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2006.163.8.1362)

[Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2002). [Chilean study on the prevalence of psychiatric disorders (DSM-III-R/CIDI) (ECPP)]. *Revista Médica De Chile*, *130*(5), 527-36.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500007)

[Wade, D., Howard, A., Fletcher, S., Cooper, J., & Forbes, D. (2013). Early response to psychological trauma--what GPs can do. *Australian family physician, 9,* 610–614.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24024219)

[Wilcox, H. C., Storr, C. L., & Breslau, N. (2009). Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban american young adults. *Archives of General Psychiatry*, *66*(3), 305-11. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.557.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19255380)

[Wolf, E. J., Lunney, C. A., & Schnurr, P. P. (2015). The Influence of the Dissociative Subtype of Posttraumatic Stress Disorder on Treatment Efficacy in Female Veterans and Active Duty Service Members. Journal of consulting and clinical psychology, Jul 13. [Epub ahead of print]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26167946)

[World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update.* World Health Organization.](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)

[World Health Organization. (2013). Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. In *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress.* Geneva: WHO.](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf)

[Zajac, K., Randall, J., & Swenson, C. C. (2015). Multisystemic therapy for externalizing youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *24*(3), 601-16. doi:10.1016/j.chc.2015.02.007.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26092742)

[Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P., & Saldivia, S. (2006). Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in chile. *Psychol Med*, *36*(11), 1523-33. doi:10.1017/S0033291706008282.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16854253)

[Zohar, J., Sonnino, R., Juven-Wetzler, A., & Cohen, H. (2009). Can posttraumatic stress disorder be prevented? *CNS Spectr*, *14*(1 Suppl 1), 44-51.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19169193)