

trastorno de estrés postraumático crónico – chronic posttraumatic stress disorder

Authored by
memjavad

November 15, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *trastorno de estrés postraumático crónico – chronic posttraumatic stress disorder*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=4593>

Trastorno de Estrés Postraumático Crónico

Primary Disciplinary Field(s): Psicología Clínica, Psiquiatría, Neurociencia

1. Definición Central

El **Trastorno de Estrés Postraumático Crónico** (TEPT-C) se define como una manifestación persistente y debilitante del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), donde los síntomas cardinales perduran más allá del umbral de duración estándar--típicamente, más de tres meses desde la exposición inicial al evento traumático. Esta cronicidad no es simplemente una extensión temporal de la fase aguda, sino que implica una consolidación de los patrones de evitación, reexperimentación y disfunción neuropsicológica, haciendo que el trastorno sea significativamente más refractario al tratamiento y más intrusivo en la vida diaria del individuo. La naturaleza crónica subraya la incapacidad del sistema nervioso central y de los mecanismos de afrontamiento psicológico para procesar y archivar el recuerdo traumático de manera adaptativa, manteniéndolo en un estado de amenaza presente constante.

A diferencia de la respuesta de estrés agudo, que es una reacción normal e inmediata a un evento peligroso y que generalmente se resuelve en el primer mes, el TEPT-C representa una falla en la recuperación natural. Esta persistencia sintomática abarca la reexperimentación intrusiva del trauma (como [flashbacks](#) o pesadillas vívidas), la evitación activa de recordatorios internos o externos del trauma, la alteración negativa persistente en las cogniciones y el estado de ánimo, y un estado marcado de hipervigilancia o hiperactivación. La designación de crónico, según las clasificaciones diagnósticas como el **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)**, se aplica cuando todos estos grupos de síntomas se mantienen con intensidad clínica durante un periodo prolongado, afectando gravemente el funcionamiento social, ocupacional y otras áreas importantes de la vida.

La distinción entre TEPT agudo, subagudo y crónico es fundamental para la planificación del tratamiento y el pronóstico. Mientras que el TEPT agudo (duración de menos de tres meses) tiene una tasa de remisión espontánea relativamente alta, la forma crónica sugiere una profundización de las alteraciones cerebrales y psicológicas, a menudo acompañada de una mayor **comorbilidad** psiquiátrica. La cronicidad implica que las estrategias de afrontamiento desadaptativas, como el abuso de sustancias o el aislamiento social, se han arraigado como mecanismos de supervivencia, perpetuando el ciclo del trauma. Por lo tanto, el manejo del TEPT-C requiere una intervención terapéutica más intensiva, prolongada y a menudo multimodal, abordando tanto los síntomas centrales del trauma como las consecuencias funcionales y las disfunciones asociadas desarrolladas a lo largo de los años.

2. Etimología y Desarrollo Histórico

Aunque la formalización del TEPT como categoría diagnóstica ocurrió relativamente tarde en la historia de la psiquiatría, la observación de respuestas crónicas y persistentes al trauma se remonta a siglos. Fenómenos como la "fatiga de guerra" (observada en la Guerra Civil Americana), el "corazón de soldado" y la "neurosis de guerra" (prominente en las Guerras Mundiales) describían cuadros crónicos de hiperactivación, disfunción física y reviviscencia traumática en veteranos. Estos términos iniciales, sin embargo, tendían a patologizar el síntoma físico o atribuirlo a una debilidad moral o constitucional, en lugar de reconocerlo como una respuesta psicológica normal a experiencias anormalmente estresantes.

El punto de inflexión etiológico y nosológico se produjo con el reconocimiento de la **neurosis traumática** a finales del siglo XIX, impulsada por figuras como Charcot y Janet, quienes exploraron la relación entre traumas severos (incluidos accidentes y abusos) y síntomas disociativos o histéricos crónicos. No obstante, fue la experiencia de los veteranos de la Guerra de Vietnam, junto con el creciente activismo de grupos feministas y de supervivientes de abuso, lo que forzó la inclusión de una categoría que reconociera el impacto duradero de cualquier evento traumático, independientemente de si era de origen bélico o civil. Esto culminó en la introducción del TEPT en el **DSM-III** en 1980.

Desde su inclusión, la cronicidad ha sido un elemento intrínseco de la definición. El DSM-III y sus revisiones posteriores (DSM-IV y DSM-5) han mantenido el requisito de que los síntomas persistan por un tiempo mínimo para ser diagnosticados, utilizando la duración de tres meses como el divisor principal entre la manifestación aguda y la persistente o crónica. La evolución histórica ha visto un mayor refinamiento en la comprensión de la cronicidad, especialmente con el reconocimiento de que traumas interpersonales prolongados o repetidos en la infancia a menudo conducen a una forma más compleja y crónica del trastorno, ahora codificada en la **Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)** como el **Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-Cplx)**. Este subtipo crónico enfatiza no solo los síntomas nucleares del TEPT, sino también las alteraciones profundas en la regulación afectiva, la autoimagen y las relaciones interpersonales, elementos que definen la naturaleza intratable y duradera de la condición.

3. Criterios Diagnósticos y Subtipos

El diagnóstico del TEPT-C se basa en la adhesión a los criterios establecidos en el DSM-5, con la salvedad crítica del factor tiempo. Los criterios diagnósticos se organizan en cinco grupos principales que deben estar presentes y causar una angustia o deterioro clínicamente significativo. El Criterio A exige la exposición a un evento traumático real o amenazante (muerte, lesión grave, violencia sexual). Los criterios B, C, D y E describen los síntomas. El **Criterio B** se centra en los síntomas de reexperimentación intrusiva; el **Criterio C** en la evitación persistente de estímulos

asociados al trauma; el **Criterio D** en las alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo (como la incapacidad para recordar aspectos clave del trauma o sentimientos de culpa); y el **Criterio E** en la hiperactivación y reactividad (irritabilidad, sobresaltos exagerados).

Para establecer la cronicidad, el factor determinante es el **Criterio F** (o su equivalente en duración), que requiere que la perturbación (la combinación de los síntomas B, C, D y E) persista por más de tres meses. Si los síntomas duran menos de un mes, se diagnostica Trastorno de Estrés Agudo; si duran entre uno y tres meses, se considera TEPT agudo o subagudo. La persistencia más allá de los tres meses se clasifica como TEPT persistente o crónico. Es crucial destacar que la intensidad y la frecuencia de estos síntomas deben ser clínicamente significativas y no atribuibles a otras condiciones médicas o al uso de sustancias.

Dentro de la manifestación crónica, el DSM-5 introdujo un **subtipo disociativo**, el cual es altamente relevante para el TEPT-C. Los individuos con este subtipo experimentan no solo los síntomas clásicos del TEPT, sino también síntomas prominentes de despersonalización (sentirse separado de uno mismo) y/o desrealización (sentir que el entorno es irreal). Este subtipo disociativo es a menudo indicativo de una mayor gravedad del trauma, especialmente aquellos de naturaleza interpersonal y crónica, y se asocia con una respuesta más pobre a las terapias estándar, sugiriendo una forma particularmente arraigada del trastorno crónico. Además, la CIE-11 ha formalizado el **TEPT Complejo**, que, aunque no es idéntico al TEPT crónico, se superpone significativamente, ya que se aplica a individuos expuestos a trauma crónico o repetido, presentando el núcleo del TEPT más problemas graves y persistentes en la regulación afectiva, la autopercepción negativa y las relaciones.

4. Características Clave de la Cronicidad

La marca distintiva del TEPT-C es la **resistencia a la remisión** y el deterioro funcional generalizado que se extiende por años, o incluso décadas. Los pacientes crónicos a menudo han desarrollado una identidad centrada en el trauma; sus patrones de evitación se han convertido en estructuras de vida, limitando severamente su participación en actividades sociales, laborales o educativas. La evitación, inicialmente un mecanismo de protección, se transforma en la principal barrera para la recuperación, creando un ciclo vicioso donde la falta de confrontación impide el procesamiento emocional y cognitivo del recuerdo traumático.

Una característica central de la cronicidad es la **disregulación emocional severa**. A diferencia de las formas agudas, donde el paciente puede experimentar picos de ansiedad, el TEPT-C implica una incapacidad basal para modular las emociones, resultando en explosiones de ira, tristeza profunda sin causa aparente, o un entumecimiento emocional crónico (anhedonia). Este estado emocional fluctuante y desregulado contribuye a la inestabilidad en las relaciones interpersonales, ya que el individuo lucha por mantener la confianza y la intimidad, a menudo reviviendo patrones

de trauma en sus interacciones actuales (repetición compulsiva).

Además, el TEPT-C está íntimamente ligado a la cognición negativa y la desesperanza. Los pacientes crónicos desarrollan creencias profundamente arraigadas sobre sí mismos, el mundo y el futuro que son consistentemente negativas ("soy defectuoso", "el mundo es completamente peligroso", "nunca mejoraré"). Esta visión sombría del futuro (futuro truncado) no solo es un síntoma del Criterio D, sino un potente factor de mantenimiento de la cronicidad, ya que reduce la motivación para buscar tratamiento o adherirse a él. La persistencia de estos síntomas centrales, combinada con la acumulación de consecuencias secundarias (pérdida de empleo, divorcio, aislamiento), consolida el diagnóstico de cronicidad y subraya la necesidad de intervenciones que aborden la complejidad de la vida post-traumática.

5. Mecanismos Neurobiológicos y Psicosociales

Los mecanismos neurobiológicos subyacentes al TEPT-C implican una alteración duradera de los circuitos cerebrales que regulan el miedo y la memoria. La investigación ha demostrado consistentemente una hiperactivación de la **amígdala**, el centro de detección de amenazas del cerebro, lo que explica la hipervigilancia y las respuestas de sobresalto exageradas. Paralelamente, existe una hipoactivación o disfunción de la **corteza prefrontal medial (CPFm)**, la región responsable de la regulación emocional y la extinción del miedo. En el TEPT crónico, esta desregulación persiste, impidiendo que la CPFm "apague" la respuesta de miedo de la amígdala, incluso cuando el individuo está en un entorno seguro.

A nivel endocrino, el TEPT-C se asocia con una disfunción crónica del **eje Hipotalámico-Hipofisario-Suprarrenal (HHS)**. Si bien la respuesta inicial al estrés implica un pico de cortisol, los pacientes crónicos a menudo muestran niveles basales de cortisol más bajos de lo esperado, junto con una mayor sensibilidad de los receptores de glucocorticoides. Esta alteración paradójica puede contribuir a la dificultad para modular las respuestas al estrés y a la fatiga crónica. Además, se ha observado una reducción del volumen del **hipocampo**, la estructura clave para el contexto y la memoria declarativa. Esta atrofia se relaciona con la dificultad para distinguir entre el pasado y el presente y la incapacidad para contextualizar los recuerdos traumáticos como eventos terminados, lo que perpetúa la reexperimentación.

Desde una perspectiva psicosocial, la cronicidad se mantiene a través de modelos cognitivos de procesamiento fallido. El trauma no se integra en la narrativa autobiográfica de manera coherente. En cambio, se almacena como fragmentos sensoriales y emocionales (memoria caliente) que se activan fácilmente. La **evitación cognitiva** (suprimir pensamientos) y la **evitación conductual** (evitar lugares o personas) previenen el acceso al recuerdo, impidiendo la habituación y la modificación de las estructuras cognitivas disfuncionales. Con el tiempo, esta evitación crónica reduce el repertorio de afrontamiento del individuo, aísla el trauma y lo mantiene "vivo" en el

presente psicológico, solidificando así la cronicidad del trastorno.

6. Comorbilidad y Diagnóstico Diferencial

Una de las características más preocupantes del TEPT-C es su altísima tasa de comorbilidad, lo que complica tanto el diagnóstico como el tratamiento. Los trastornos más frecuentemente asociados incluyen el **Trastorno Depresivo Mayor**, los trastornos por uso de sustancias (TUS), y otros trastornos de ansiedad, especialmente el Trastorno de Pánico y la Ansiedad Generalizada. La depresión a menudo surge como consecuencia de la desesperanza y el aislamiento prolongados, mientras que el TUS puede desarrollarse como un intento de automedicación para manejar la hiperactivación, el insomnio o los síntomas disociativos. La presencia de comorbilidades crónicas agrava el pronóstico y requiere un plan de tratamiento integrado y secuencial.

El diagnóstico diferencial es crucial, especialmente en la forma crónica, donde los síntomas se solapan con varias otras condiciones. Es fundamental diferenciar el TEPT-C del **Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)**. Aunque ambos pueden presentar disregulación emocional, impulsividad, relaciones inestables e ideación parasuicida, el TLP se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad que no siempre está directamente ligado a un evento traumático específico, mientras que el TEPT-C requiere el criterio A de exposición. Sin embargo, en casos de trauma crónico temprano, la distinción se difumina, lo que llevó a la creación del concepto de TEPT Complejo (C-PTSD), que captura la superposición de síntomas de TEPT y características de TLP que resultan de traumas interpersonales crónicos.

También es importante diferenciar el TEPT-C de otros trastornos afectivos o psicóticos. La reexperimentación, aunque intrusiva, debe distinguirse de las alucinaciones o delirios psicóticos. Además, el TEPT-C debe distinguirse del **Trastorno de Adaptación Crónico**, que surge de estresores significativos pero no necesariamente de eventos que cumplen el criterio A (amenaza a la vida). La cronicidad del TEPT implica una gravedad e intensidad sintomática que excede la respuesta de adaptación, reflejando una patología específica de procesamiento de la memoria traumática. La correcta identificación de las comorbilidades y la diferenciación diagnóstica son pasos esenciales para evitar tratamientos ineficaces o contraproducentes.

7. Modalidades de Tratamiento

El tratamiento del TEPT-C es inherentemente más desafiante que el de la forma aguda, requiriendo un enfoque gradual y a menudo prolongado. Las terapias psicológicas basadas en la evidencia son la piedra angular. La **Terapia Cognitivo-Conductual enfocada en el Trauma (TCC-T)**, incluyendo la **Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC)** y la **Exposición Prolongada (EP)**, son consideradas tratamientos de primera línea. Estas modalidades buscan

ayudar al paciente a confrontar y reprocesar los recuerdos traumáticos de manera segura, desafiando las cogniciones desadaptativas y reduciendo la evitación conductual. En el contexto crónico, la Exposición Prolongada debe manejarse con cautela y solo después de que se haya logrado una estabilización emocional significativa.

Otra modalidad altamente efectiva es la [Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares \(EMDR\)](#). EMDR facilita el reprocesamiento de la memoria traumática, permitiendo que el recuerdo se integre de manera adaptativa. Para el TEPT-C, especialmente aquel con subtipo disociativo o TEPT Complejo, el tratamiento a menudo requiere una fase inicial de estabilización enfocada en el manejo de la disociación, la regulación emocional y el establecimiento de habilidades de afrontamiento, antes de abordar directamente el trauma (fase de reprocesamiento). Este enfoque por fases es crucial para prevenir la re-traumatización o el abandono del tratamiento.

En cuanto a la farmacoterapia, los **Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)** son los medicamentos de primera elección, ayudando a reducir la ansiedad, la depresión y la hiperactivación. Medicamentos como la Sertralina y la Paroxetina han demostrado eficacia. Además, la Prazosina, un bloqueador alfa-1 adrenérgico, se utiliza frecuentemente para tratar las pesadillas recurrentes y la hiperactivación asociada con el TEPT-C. Sin embargo, la medicación suele ser un coadyuvante; la remisión sostenida en el TEPT-C depende fundamentalmente de la intervención psicoterapéutica especializada. La investigación actual también explora el potencial de terapias asistidas por psicodélicos, como la MDMA, para facilitar el reprocesamiento emocional en casos crónicos y refractarios, aunque esto sigue siendo un campo emergente.

8. Importancia e Impacto Social

El TEPT-C impone una carga social y económica desproporcionadamente alta en comparación con muchas otras condiciones psiquiátricas. La cronicidad del trastorno se traduce en años de funcionamiento reducido o nulo, lo que resulta en una significativa pérdida de productividad laboral. Los costos asociados no se limitan a la atención médica directa (terapia, medicación, hospitalizaciones), sino que incluyen las pérdidas indirectas derivadas de la discapacidad, las bajas laborales prolongadas y la necesidad de apoyo social y estatal. Este impacto económico es particularmente evidente en poblaciones de alto riesgo, como los veteranos de guerra y los trabajadores de primera respuesta.

Más allá del impacto económico, el TEPT-C tiene profundas repercusiones en el tejido social y familiar. Los síntomas crónicos de irritabilidad, evitación emocional y dificultad para confiar minan las relaciones de pareja y la dinámica familiar. Los hijos de padres con TEPT-C a menudo experimentan un ambiente hogareño impredecible o emocionalmente distante, lo que aumenta su propio riesgo de desarrollar problemas de salud mental o de replicar patrones de trauma en sus

vidas adultas (ciclo intergeneracional del trauma). El aislamiento social crónico inherente a la evitación también reduce la cohesión comunitaria y el capital social del individuo.

El reconocimiento del TEPT-C también tiene implicaciones cruciales en los sistemas legales y de justicia. La cronicidad es un factor clave en la determinación de la elegibilidad para compensaciones por discapacidad, especialmente en contextos militares o de accidentes laborales. Sin embargo, la naturaleza invisible y subjetiva del trauma crónico a menudo dificulta la obtención de este reconocimiento, lo que perpetúa la victimización secundaria en entornos burocráticos. Por lo tanto, la comprensión precisa de la cronicidad del TEPT es vital para la formulación de políticas públicas que garanticen el apoyo adecuado y la rehabilitación efectiva de los supervivientes.

9. Debates y Direcciones Futuras

Uno de los principales debates que rodean al TEPT-C es su delimitación precisa, especialmente en relación con el **TEPT Complejo (C-PTSD)**. Mientras que el DSM-5 mantuvo una definición unitaria del TEPT, la CIE-11 ha separado el TEPT y el C-PTSD. Los críticos argumentan que la forma crónica resultante de traumas tempranos y repetidos (C-PTSD) es cualitativamente diferente, requiriendo un enfoque terapéutico distinto que priorice la estabilización y la regulación emocional sobre el reprocesamiento directo del trauma. La futura investigación diagnóstica deberá determinar si la cronicidad simple es sinónimo de TEPT persistente o si la presencia de alteraciones en la autorganización (los síntomas definitorios del C-PTSD) debe ser la clave para la clasificación de la forma crónica más grave.

Una dirección prometedora de investigación se centra en la identificación de **biomarcadores** que puedan predecir qué individuos desarrollarán una forma crónica del trastorno. Estudios sobre polimorfismos genéticos, patrones de metilación del ADN y firmas neuroendocrinas (como la reactividad del eje HHS) están buscando indicadores tempranos de vulnerabilidad a la cronicidad. Si se pudieran identificar estos marcadores, las intervenciones preventivas (como la Terapia Cognitivo-Conductual de Prevención de Trauma) podrían dirigirse específicamente a aquellos con mayor riesgo de desarrollar un TEPT-C, mejorando drásticamente el pronóstico a largo plazo.

Finalmente, el futuro del tratamiento para el TEPT-C se dirige hacia la innovación tecnológica y farmacológica. El uso de la **Realidad Virtual (RV)** para la terapia de exposición controlada ofrece un entorno seguro y altamente personalizable para que los pacientes crónicos confronten los desencadenantes traumáticos. Además, la investigación en psicofarmacología está explorando compuestos que pueden facilitar la reconsolidación de la memoria, haciendo que el reprocesamiento traumático sea más efectivo y menos angustiante. Estas direcciones sugieren un movimiento hacia tratamientos más personalizados y biológicamente informados para superar la naturaleza intratable del trastorno crónico.

10. Further Reading

[Trastorno por estrés postraumático \(Wikipedia\)](#)

[Clasificación Internacional de Enfermedades \(CIE-11\) - TEPT y TEPT Complejo](#)

[American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders \(DSM-5\)](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM