

PERSPECTIVAS

EDITORIALES

- 857** Prevención de recaídas y la necesidad de tratamiento farmacológico constante en el trastorno dismórfico corporal
Eric Hollander, M.D., Kevin Hong, B.A.
- 860** Gestión de riesgos y consecuencias accidentales: Los peligros del principio de precaución
Robert Rosenheck, M.D.
- 862** ¿Puede el refuerzo positivo de los padres contrarrestar el riesgo genético de rasgos de dureza e insensibilidad afectiva?
Essi Viding, Ph.D., Jean-Baptiste Pingault, Ph.D.
- 864** En busca de los mejores criterios diagnósticos relacionados con el duelo
Matthew J. Friedman, M.D., Ph.D.

INTROSPECCIÓN

- 866** Patear a un paciente
Thomas E. Steele, M.D.

TRATAMIENTO EN PSIQUIATRÍA



- 868** Tricotilomanía
Jon E. Grant, M.D., M.P.H., Samuel R. Chamberlain, M.D., Ph.D. **AUDIO • CLINICAL GUIDANCE**

IMÁGENES EN PSIQUIATRÍA

- 875** Los psiquiatras como personajes de caricaturas: Cómo la revista *The New Yorker* ha trazado la psiquiatría a lo largo de las décadas
Gordon Parker, M.D., Ph.D.

RESÚMENES Y RESEÑAS



- 876** Eficacia y seguridad de los antidepresivos añadidos a antipsicóticos para la esquizofrenia: Una revisión sistemática y un meta-análisis
Bartosz Helfer, M.Sc., et al. **AUDIO • CLINICAL GUIDANCE**

NUEVAS INVESTIGACIONES

ARTÍCULOS

- 887** Prevención de recaídas en farmacoterapia en el trastorno dismórfico corporal: Un estudio doble ciego, controlado con placebo
Katharine A. Phillips, M.D., et al. **EDITORIAL • CLINICAL GUIDANCE**
- 896** Resultados de la reducción de la dosis de citalopram en una población de veteranos de guerra
Thomas S. Rector, Ph.D., Pharm.D., et al. **EDITORIAL • CME • AUDIO • CLINICAL GUIDANCE**
- 903** Vías heredables y no heredables hacia los comportamientos tempranos de dureza e insensibilidad afectiva
Luke W. Hyde, Ph.D., et al. **EDITORIAL • CME • AUDIO • VIDEO**
- 911** Efecto del matrimonio en el riesgo de inicio de trastorno por consumo de alcohol: Un análisis longitudinal y co-relativo en una muestra nacional sueca
Kenneth S. Kendler, M.D., et al. **CME • AUDIO • VIDEO**

- 919** Desempeño de los criterios del DSM-5 para el trastorno por duelo complicado persistente en una muestra de una comunidad de familiares afligidos de militares
Stephen J. Cozza, M.D., et al. EDITORIAL • CLINICAL GUIDANCE
- 930** Asociación del metabolismo en estado de reposo en la red neuronal del miedo con las activaciones del recuerdo de la extinción y las medidas clínicas en los individuos expuestos a un traumatismo
Marie-France Marin, Ph.D., et al.

COMUNICADOS Y ACTUALIZACIONES

CARTAS AL EDITOR

- 939** Tratamiento con antipsicóticos de individuos chinos jóvenes desde 2014 a 2105: Un estudio basado en la población en Hong Kong
Edwin Ho Ming Lee, M.Sc., M.B.Ch.B., et al.
- 940** ¿Puede la toxina botulínica ayudar a los pacientes con trastorno límite de la personalidad?
Tillmann H.C. Kruger, M.D., et al.
- 941** El ibuprofeno puede aumentar la acción farmacológica del valproato desplazándolo de las proteínas plasmáticas: Un reporte de caso
Fernando Lana, M.D., et al.

RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

- 943** Culture and PTSD: Trauma in Global and Historical Perspective [Cultura y TEPT: Traumatismo en la perspectiva global e histórica]
Rupinder K. Legha, M.D.

OTROS TEMAS DE INTERÉS

945 Educación Médica Continuada

Cubierta: [Body dysmorphic disorder is characterized by a preoccupation with slight or imagined defects in physical appearance. Evidence supporting the utility of serotonin reuptake inhibitors for the treatment of body dysmorphic disorder emerges largely from short-term studies. In this issue, Phillips and colleagues (p. 887) report the results of a 6-month trial examining relapse prevention and the efficacy of ongoing treatment. (Image from istockphoto.com; © ByeByeTokyo)]

Article content that addresses **Core Competencies**, defined by the Accreditation Council of Graduate Medical Education and the American Board of Medical Specialties, is indicated by the following symbols:

- | | |
|--|---|
|  Professionalism |  Patient Care and Procedural Skills |
|  Medical Knowledge |  Practice-Based Learning and Improvement |
|  Interpersonal and Communication Skills |  Systems-Based Practice. |

More information is available at www.abms.org/maintenance_of_certification/MOC_competencies.aspx

AUDIO Highlighted in AJP Audio, a downloadable .mp3 file available at ajp.psychiatryonline.org

CME A course covering the content of this article is available online for paid subscribers to the AJP CME Course program

EDITORIAL Discussed in one of the issue's editorials

GUÍAS CLÍNICAS Clinical Guidance provided on the English table of contents

VIDEO Highlighted online by Deputy Editor Daniel S. Pine, M.D.

La Tabla de Contenidos y resúmenes de Este Número Está Disponible en Español

(This issue's Table of Contents and abstracts are available in Spanish)

Translation presented in collaboration with the Office of Global Health, Rutgers-Robert Wood Johnson Medical School

Support for this effort provided by ACTA Colombia.

Translation courtesy of

Sergi Casals, M.A., Garuna, Medellín, Colombia (www.garunaeditors.com)

Carlos Lopez Jaramillo, M.D., Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Javier I. Escobar, M.D., M.Sc., Rutgers-Robert Wood Johnson Medical School



Eficacia y seguridad de los antidepresivos añadidos a antipsicóticos para la esquizofrenia: Una revisión sistemática y un meta-análisis

Bartosz Helfer, M.Sc., Myrto T. Samara, M.D., Maximilian Huhn, M.D., Elisabeth Klupp, M.D., Claudia Leucht, M.D., Yikang Zhu, M.Med., Rolf R. Engel, Ph.D., Stefan Leucht, M.D.

Objetivo: Los autores examinaron la seguridad y la eficacia de los antidepresivos añadidos a los medicamentos antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia.

Método: Se hicieron búsquedas en múltiples bases de datos y publicaciones hasta junio de 2015 para identificar todos los ensayos controlados aleatorizados de antidepresivos añadidos en comparación con el placebo o el no tratamiento en esquizofrenia. Se examinaron los síntomas depresivos y negativos (resultados primarios), los síntomas generales, los síntomas positivos, los efectos secundarios, la exacerbación de la psicosis y las tasas de los pacientes que respondieron. Se realizaron análisis de subgrupos, meta-regresión y sensibilidad, igual que investigaciones de sesgo y riesgo de sesgo de las publicaciones.

Resultados: Se incluyeron 82 ensayos controlados aleatorizados con un total de 3.608 participantes. Los antidepresivos añadidos resultaron más eficaces que los controles para los síntomas depresivos (diferencia de medias estandarizada: $-0,25$; IC 95%= $-0,38$ a $-0,12$), síntomas negativos (diferencia de medias estandarizada: $-0,30$; IC 95%= $-0,44$ a $-0,16$), síntomas generales (diferencia de medias estandarizada: $-0,24$; IC 95%= $-0,39$ a $-0,09$), síntomas positivos (diferencia de medias estandarizada: $-0,17$; IC 95%= $-0,33$ a $-0,01$), calidad de vida (diferencia de medias estandarizada:

$-0,32$; IC 95%= $-0,57$ a $-0,06$), y tasa de los pacientes que respondieron (cociente de riesgo: 1,52; IC 95%=1,29 a 1,78; número necesario a tratar para producir un beneficio: 5; IC 95%=4 a 7). Los efectos en los síntomas negativos y depresivos fueron más pronunciados cuando los umbrales mínimos de dichos criterios eran criterios de inclusión (diferencia de medias estandarizada: $-0,34$; IC 95%= $-0,58$ a $-0,09$ y diferencia de medias estandarizada: $-0,58$, IC 95%= $-0,94$ a $-0,21$, respectivamente). No hubo diferencias significativas entre los antidepresivos y los controles en cuanto a exacerbación de la psicosis, discontinuación prematura ni el número de participantes con un mínimo de un efecto adverso. Más pacientes de los que tomaron antidepresivos añadidos sufrieron de dolor abdominal, constipación, mareo y boca seca.

Conclusiones: El análisis de los resultados primarios (síntomas depresivos y negativos) sugiere que los antidepresivos adjuntos tienen pequeños efectos beneficiosos. Al parecer, este efecto adicional se logra con un bajo riesgo de exacerbación de la psicosis y con pocos efectos adversos. Sin embargo, los análisis secundarios y de subgrupos deben interpretarse con precaución y deben ser considerados como exploratorios.

(*Am J Psychiatry* 2016; 173:876–886)

Prevención de recaídas en farmacoterapia en el trastorno dismórfico corporal: Un estudio doble ciego, controlado con placebo

Katharine A. Phillips, M.D., Aparna Keshaviah, Sc.M., Darin D. Dougherty, M.D., Robert L. Stout, Ph.D., William Menard, B.A., Sabine Wilhelm, Ph.D.

Objetivo: El trastorno dismórfico corporal es común, angustiante y a menudo severamente incapacitante. Los inhibidores de recaptación de serotonina parecen ser eficaces, pero los pocos estudios existentes de farmacoterapia fueron a corto plazo (≤ 4 meses) y, hasta donde saben los autores, no se ha realizado ningún estudio de prevención de recaídas o de la fase de continuación. Los autores reportan resultados del primer estudio de prevención de recaídas en el trastorno dismórfico corporal.

Método: Adultos (N=100) con trastorno dismórfico corporal del DSM-IV recibieron escitalopram a etiqueta abierta por 14 semanas (fase 1); después, se escogieron aleatoriamente 58 de los participantes para la continuación del tratamiento doble-cego con escitalopram versus cambio a placebo por 6 meses (fase 2). Se utilizaron medidas de resultados confiables y válidas.

Resultados: En la fase 1, el 67,0% de los sujetos tratados y el 81,1% de los sujetos que completaron la fase 1 respondieron al escitalopram. La severidad del trastorno dismórfico corporal (tanto en el grupo de intención de tratar como en el grupo de los que completaron la fase) y la introspección, los síntomas depresivos, el funcionamiento psicológico y la ca-

lidad de vida mejoraron de forma significativa desde el inicio hasta el final de la fase 1. En la fase 2, el tiempo hasta la recaída fue significativamente más largo con el tratamiento con escitalopram que con placebo (cociente de riesgo=2,72; IC 95%=1,01–8,57). Las proporciones de recaídas de la fase 2 fueron 18% para escitalopram y 40% para placebo. Entre los sujetos tratados con escitalopram, la severidad del trastorno dismórfico corporal disminuyó en forma significativa a lo largo del tratamiento, en el que el 35,7% de los sujetos mostraron mejoría. No hubo ninguna diferencia significativa entre los grupos en cuanto a la severidad del trastorno antipsicótico corporal, introspección, síntomas depresivos, funcionamiento psicosocial o la calidad de vida.

Conclusiones: El escitalopram en la fase de continuación retrasó el tiempo hasta la recaída y el número de sujetos tratados con escitalopram que recayeron fue inferior al de los sujetos tratados con placebo. La severidad del trastorno dismórfico corporal mejoró de manera significativa durante 6 meses adicionales de tratamiento con escitalopram después de una respuesta aguda; más de un tercio de los sujetos tratados con escitalopram siguieron mejorando.

(*Am J Psychiatry* 2016; 173:887–895)

Resultados de la reducción de la dosis de citalopram en una población de veteranos de guerra

Thomas S. Rector, Ph.D., Pharm.D., Selcuk Adabag, M.D., Francesca Cunningham, Pharm.D., David Nelson, Ph.D., Eric Dieperink, M.D.

Objetivo: Un comunicado de salud pública emitido por la Administración de Productos Alimenticios y Farmacéuticos (*Food and Drug Administration*) declaraba que las dosis de citalopram que excedían 40 mg/día ya no se consideraban seguras debido a un riesgo descubierto recientemente, dependiente de la dosis, de prolongación del intervalo QT. Los autores compararon la incidencia de las hospitalizaciones y la mortalidad cuando las dosis altas de citalopram se reducían o no se reducían a ≤ 40 mg/día.

Método: Se utilizaron historias médicas electrónicas a nivel nacional, recopiladas por la Administración de Salud a Veteranos de Guerra, para llevar a cabo un estudio retrospectivo de una población que estaba tomando citalopram en dosis superiores a 40 mg/día cuando se expidió el comunicado de salud en agosto de 2011. Se compararon las hospitalizaciones y la mortalidad después de que las dosis de citalopram de ≤ 40 mg/día fueran reducidas y de que no lo fueran, utilizando la regresión múltiple de Cox.

Resultados: La cohorte en riesgo de 35.848 veteranos (edad media, 58 años [DE=11%]; 92% hombres) recibía prescripciones de citalopram de 64 mg/día (DE=8,3) en promedio. En

los 180 días posteriores a la expedición del comunicado de seguridad, el 60% habían diligenciado prescripciones para ≤ 40 mg/día. Se encontró que las hospitalizaciones por todas las causas o las muertes aumentaron de manera significativa después de la reducción de las dosis (cociente de riesgo ajustado=4,5; IC 95%=4,1–5,0), igual que las hospitalizaciones por depresión o muerte por todas las causas (cociente de riesgo ajustado=2,2; IC 95%=1,8–2,6). La mortalidad no se redujo (cociente de riesgo ajustado=1,0; IC 95%=0,8–1,3), ni tampoco se redujeron las hospitalizaciones por arritmias o las muertes por todas las causas (cociente de riesgo ajustado=1,3; IC 95%=1,0–1,7).

Conclusiones: La reducción de las dosis prescritas de citalopram para acomodarse a un nuevo límite de seguridad se asoció con una mayor tasa de hospitalización en una población grande de pacientes a los que habían tratado con dosis substancialmente superiores. Estipular un límite de seguridad para las dosis de citalopram antes de que se establecieran los beneficios y los riesgos de esta acción parece haber tenido consecuencias clínicas indeseadas.

(*Am J Psychiatry* 2016; 173:896–902)

Vías heredables y no heredables hacia los comportamientos tempranos de dureza e insensibilidad afectiva

Luke W. Hyde, Ph.D., Rebecca Waller, Ph.D., Christopher J. Trentacosta, Ph.D., Daniel S. Shaw, Ph.D., Jenae M. Neiderhiser, Ph.D., Jody M. Ganiban, Ph.D., David Reiss, M.D., Leslie D. Leve, Ph.D.

Objetivo: Los comportamientos de dureza e insensibilidad afectiva en la infancia temprana indican un mayor riesgo de trayectorias de comportamiento antisocial y rasgos de dureza e insensibilidad afectiva que culminan en diagnósticos posteriores de trastorno de la conducta, trastorno de personalidad antisocial y psicopatía. Los estudios demuestran una alta heredabilidad de los rasgos de dureza e insensibilidad afectiva, pero pocas investigaciones han examinado vías heredables específicas hacia los comportamientos de dureza e insensibilidad afectiva. Los estudios también indican que la crianza positiva de los hijos protege del desarrollo de los rasgos de dureza e insensibilidad afectiva, pero no se han utilizado diseños informados genéticamente para confirmar que dichas relaciones no sean el producto de las correlaciones entre los genes y el entorno. En una muestra de niños adoptados y sus madres biológicas y adoptivas, los autores miraron nuevas vías heredables y no heredables hacia los comportamientos de dureza e insensibilidad afectiva en la edad preescolar.

Método: En una cohorte de adopción de 561 familias, se examinaron el historial de comportamiento asocial severo evaluado en madres biológicas y las observaciones del refuerzo positivo de madres adoptivas como predictores de comportamientos de dureza e insensibilidad afectiva a los 27 meses.

Resultados: A pesar del contacto limitado lo de la falta de contacto con los hijos, el comportamiento antisocial de las madres biológicas predijo los comportamientos de dureza e insensibilidad afectiva. El refuerzo positivo de las madres adoptivas protegió de comportamientos tempranos de dureza e insensibilidad afectiva. Los niveles altos de refuerzo positivo de las madres adoptivas atenuó los efectos del riesgo heredable de comportamientos de dureza e insensibilidad afectiva que posa el comportamiento antisocial de las madres biológicas.

Conclusiones: Los hallazgos dilucidan vías heredables y no heredables hacia los comportamientos tempranos de dureza e insensibilidad afectiva. Los resultados ofrecen una vía heredable específica hacia los comportamientos de dureza e insensibilidad afectiva y evidencia decisiva que el comportamiento de los padres en la crianza es un factor no heredable importante en el desarrollo de los comportamientos de dureza e insensibilidad afectiva. El hallazgo que el refuerzo positivo atenuó el riesgo heredable de comportamientos de dureza e insensibilidad afectiva tiene implicaciones transaccionales importantes para la prevención de trayectorias al comportamiento antisocial grave.

(*Am J Psychiatry* 2016; 173:903–910)

Efecto del matrimonio en el riesgo de inicio de trastorno por consumo de alcohol: Un análisis longitudinal y co-relativo en una muestra nacional sueca

Kenneth S. Kendler, M.D., Sara Larsson Lönn, Ph.D., Jessica Salvatore, Ph.D., Jan Sundquist, M.D., Ph.D., Kristina Sundquist, M.D., Ph.D.

Objetivo: El objetivo de los autores fue aclarar la relación entre el matrimonio y el riesgo de trastorno por consumo de alcohol.

Método: La asociación entre el estado civil y el riesgo para el primer registro de trastorno por consumo de alcohol en informes médicos, criminales y de farmacias se evaluó en una cohorte sueca basada en la población (N=3.220.628) utilizando diseños longitudinales de supervivencia dependiente del tiempo y co-relativos.

Resultados: El primer matrimonio se asoció con una disminución substancial del riesgo de inicio de trastorno por consumo de alcohol en hombres (cociente de riesgo=0,4; IC 95%=0,40–0,42) y mujeres (cociente de riesgo=0,2; IC 95%=0,26–0,28). Dicha asociación fue ligeramente más fuerte cuando el cónyuge no tenía un trastorno por consumo de alcohol de por vida, mientras que tener un esposo con un trastorno por consumo de alcohol de por vida aumentaba el riesgo de un subsiguiente registro por trastorno por consumo de alcohol tanto en hombres (cociente de riesgo=1,29; IC 95%=1,16–1,43) y mujeres (cociente de riesgo=1,18; IC 95%=1,06–1,30). En ambos sexos, el efecto protector del matrimonio fue significativamente mayor en los

que tenían un historial familiar de trastorno por consumo de alcohol que en los que no lo tenían. Tanto en hombres como en mujeres, las asociaciones entre el matrimonio y el riesgo de trastorno por consumo de alcohol en los primos, medios hermanos, hermanos y gemelos monozigóticos discordantes por estado civil fue igual de fuerte que el que se observó en la población general.

Conclusiones: El primer matrimonio con un cónyuge sin un trastorno por consumo de alcohol de por vida está asociado con una gran reducción del riesgo de trastorno por consumo de alcohol. Esta asociación no se puede explicar con covariables estándar, o como indican los análisis co-relativos, variables de confusión genéticas familiares o de entorno compartido. Estos resultados son consistentes con la hipótesis que los aspectos psicológicos y sociales del matrimonio, y en concreto las interacciones conyugales de monitoreo de la salud, protegen fuertemente del desarrollo del trastorno por consumo de alcohol. Los efectos protectores del matrimonio en cuanto al riesgo de trastorno por consumo de alcohol aumentan en aquellos que tienen un riesgo familiar alto de alcoholismo.

(*Am J Psychiatry* 2016; 173:911–918)

Desempeño de los criterios del DSM-5 para el trastorno por duelo complicado persistente en una muestra de una comunidad de familiares afligidos de militares

Stephen J. Cozza, M.D., Joscelyn E. Fisher, Ph.D., Christine Mauro, Ph.D., Jing Zhou, M.S., Claudio D. Ortiz, Ph.D., Natalia Skritskaya, Ph.D., Melanie M. Wall, Ph.D., Carol S. Fullerton, Ph.D., Robert J. Ursano, M.D., M. Katherine Shear, M.D.

Objetivo: El objetivo de este artículo fue examinar la precisión de los criterios propuestos por el DSM-5 para el trastorno por duelo complicado persistente, para la identificación de casos putativos de duelo clínicamente incapacitante y para la exclusión de casos no clínicos. Se evaluó de manera similar el desempeño de series de criterios para el trastorno por duelo prolongado y por duelo complicado.

Método: Los participantes eran familiares de miembros de las fuerzas militares de los Estados Unidos que murieron por cualquier causa desde el 11 de septiembre de 2001 (N=1.732). Se derivaron muestras clínicas putativas y no clínicas de esta muestra comunitaria utilizando puntuaciones de corte del Inventario de Duelo Complicado y la escala de Adaptación Social y Laboral. Los ítems de una herramienta de auto-reporte del duelo (Cuestionario del Duelo Complicado) se aparearon con los criterios del trastorno por duelo complicado persistente, trastorno por duelo prolongado y duelo complicado del DSM-5. Se utilizaron los ítems endosados por dichos criterios para identificar casos.

Resultados: Las series de criterios variaron en su capacidad de identificar casos clínicos. Los criterios del DSM-5 para el

trastorno por duelo complicado persistente identificaron el 53% de los casos, los criterios del trastorno por duelo prolongado identificaron el 59% y los criterios del trastorno por duelo complicado identificaron más del 90% de dichos casos. Todos las series de criterios excluyeron con precisión prácticamente todos los casos de duelo no clínicos y excluyeron con precisión la depresión en la ausencia de duelo clínico.

Conclusiones: Los criterios del DSM-5 para el trastorno por duelo complicado persistente excluyen con precisión el duelo normativo, no clínico, pero también excluyen casi la mitad de los casos clínicos, mientras que los criterios de duelo complicado excluyen los casos no clínicos y al mismo tiempo identifican más del 90% de los casos clínicos. Los autores concluyen que son necesarias modificaciones significativas para mejorar la identificación de casos con los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por duelo complicado persistente. Los criterios para el duelo complicado son superiores en cuanto a la identificación precisa del duelo clínicamente incapacitante.

(Am J Psychiatry 2016; 173:919–929)

Asociación del metabolismo en estado de reposo en la red neuronal del miedo con las activaciones de la extinción de recuerdos y las medidas clínicas en los individuos expuestos a un traumatismo

Marie-France Marin, Ph.D., Huijin Song, Ph.D., Michael B. VanElzakker, Ph.D., Lindsay K. Staples-Bradley, M.A., Clas Linnman, Ph.D., Edward F. Pace-Schott, Ph.D., Natasha B. Lasko, Ph.D., Lisa M. Shin, Ph.D., Mohammed R. Milad, Ph.D.

Objetivo: La terapia basada en la exposición, un tratamiento efectivo para el trastorno por estrés postraumático (TEPT), se basa en principios de aprendizaje de la extinción. En pacientes con TEPT, se han observado patrones disfuncionales en los circuitos neuronales utilizando medidas de activación en estado de reposo o funcionales. Queda por determinar si el la actividad en reposo predice las activaciones durante el recuerdo de la extinción o la severidad de los síntomas de TEPT. Además, sigue sin estar claro si la exposición al traumatismo *per se* afecta la actividad en reposo en estos circuitos. Los autores emplearon un enfoque multimodal para examinar la relación entre el metabolismo en estado de reposo, los síntomas clínicos y las activaciones durante el recuerdo de la extinción.

Método: Se reclutaron tres cohortes: Pacientes con TEPT (N=24), individuos expuestos a un traumatismo sin TEPT (TENP, por sus siglas en inglés) (N=20), y sujetos sanos de comparación no expuestos a un traumatismo (N=21). A los participantes se les tomó una tomografía por emisión de positrones en estado de reposo 4 días antes de un IRM funcional, condicionador del miedo y un paradigma de extinción,

Resultados: El metabolismo en reposo de la amígdala se correlacionó de forma negativa con el funcionamiento cínico (medido por la Escala de Evaluación Global del Funciona-

miento), en el grupo TENP, y el metabolismo en reposo del hipocampo estuvo correlacionado de forma negativa con el funcionamiento clínico en el grupo con TEPT. En el grupo con TEPT, el metabolismo en reposo de la corteza cingulada dorsal anterior (CCDA) estuvo correlacionado de forma positiva con la severidad de los síntomas del TEPT y predijo más activaciones de la CCDA pero menos activaciones de la corteza prefrontal ventromedial y del hipocampo durante el recuerdo de la extinción. El grupo TENP tuvo menos metabolismo en reposo de la amígdala en comparación con el grupos con TEPT y el grupo sano de comparación, y mostró menor metabolismo en reposo del hipocampo en relación al grupo sano de comparación.

Conclusiones: El metabolismo en reposo en los circuitos del miedo estuvo correlacionado con el funcionamiento, los síntomas de T y las activaciones de recuerdo de extinción, ofreciendo más evidencia de la importancia de esta red para la fisiopatología del TEPT. Los hallazgos del estudio también resaltan el hecho que la disfunción crónica en la amígdala y el hipocampo se puede demostrar en los individuos con TEPT y en otros individuos expuestos a un traumatismo, incluso sin exposición a un estímulo evocador.

(*Am J Psychiatry* 2016; 173:930–938)