

Trastornos adaptativos y reacciones de estrés

28

Pau Pérez-Sales

1. INTRODUCCIÓN

La categoría de “trastorno adaptativo” y las denominadas “reacciones de estrés” constituyen entidades únicas dentro de la nosología psiquiátrica, por cuanto son las únicas que refieren a un agente etiológico y no a la presencia de un síndrome. Recogen las múltiples reacciones posibles ante situaciones de cambio, amenaza o pérdida frente a las que no es posible adaptarse o cuando las personas se sienten subjetivamente sobrepasadas por los acontecimientos. Se trata, en este sentido, de lo más cercano a una “patología de la vida cotidiana” o patología psicosocial.

2. TRASTORNO ADAPTATIVO

2.1. DEFINICIÓN Y DEBATE CONCEPTUAL

Diversos estudios han señalado en nuestro medio prevalencias del 25 al 29% de patología mental en atención primaria de salud¹. El trastorno adaptativo es uno de los diagnósticos limítrofes entre patología y normalidad más frecuentemente usados por el personal de salud. La realidad es que su sintomatología es indefinida y se superpone con otras entidades, lo que implica que se trata de un trastorno con importantes problemas de fiabilidad y validez². El DSM-IV y la CIE-10 establecen un *continuum* que iría de la normalidad, a los “problemas que pueden ser objeto de atención clínica”, como el duelo (códigos Z), los

trastornos adaptativos y por fin lo que podría considerarse “patología” psiquiátrica *strictu sensu*.

Es por tanto una suerte de “categoría puente” entre la normalidad y el trastorno y sujeto, por tanto, de un considerable vaivén ideológico. Desde un modelo “psicologizante” se ha considerado la necesidad de reconocer y legitimar las dificultades de adaptación al medio para poder brindar desde el sistema de salud la atención adecuada. El máximo exponente son las patologías psicosociales contemporáneas (Acoso laboral (*mobbing*), Acoso escolar (*bullying*), Síndrome de estrés laboral (*burnt-out*), Síndromes de cansancio crónico etc.). Desde un modelo “salutógeno” del ser humano se entiende por el contrario que existe una tendencia social contemporánea a una intolerancia a las emociones negativas y una medicalización de la vida cotidiana ante cualquier forma de sufrimiento. Así, se convertirían en problemas psiquiátricos la ausencia de una vida gratificante, las disputas con las personas del entorno o los problemas laborales, convirtiendo en enfermedad (y por tanto en problema individual a dirimir en la intimidad de la consulta) lo que antaño eran las diferencias habituales con el grupo natural, los reveses esperables de la vida o los problemas sindicales o colectivos³.

Tanto para el DSM⁴ como la CIE-10⁵ (véase tabla 1) el trastorno adaptativo es un fenómeno dependiente del estrés (que debe tener un origen identificable) pero se carece de una lista de síntomas, o se recurre a expresiones vagas como “malestar mayor de

lo esperable" (DSM-IV-TR) o síntomas de cualquier otro trastorno que "no revisten suficiente gravedad para recibir el correspondiente diagnóstico de ese trastorno" (CIE-10).

Para el diagnóstico DSM-IV-TR los síntomas deben aparecer en los tres meses siguientes a la aparición del agente estresor y pueden durar de modo indefinido. Para el diagnóstico CIE-10 no es relevante cuando aparezca y deben durar menos de seis meses. Además, para el DSM-IV-TR el agente estresor no puede ser el duelo, un problema académico, laboral, de identidad, espiritual, biográfico o de aculturación (todos ellos corresponderían a códigos Z o "problemas susceptibles de atención clínica"). Para la CIE-10 en cambio las reacciones de duelo o el *shock* cultural si son trastornos adaptativos (siempre que duren menos de seis meses). Tal vaguedad conceptual conlleva incertidumbre.

Para quienes defienden un modelo "salutógeno", esta vaguedad comporta el cuestionamiento sobre su mera existencia y planteamientos sobre el uso y funcionalidad social de la psiquiatría. Para quienes defienden modelos "psicologizantes", lleva a incertidumbre sobre sus límites, su prevalencia o posibles formas de tratamiento óptimo, bases del quehacer biomédico.

En este contexto no deja de ser preocupante y sintomático que el diagnóstico de "trastorno adaptativo" sea uno de los más usados tanto en atención primaria como en dispositivos de salud mental. Quizás esto se deba, en buena medida, a un uso no ortodoxo de este diagnóstico como sinónimo de presencia de síntomas emocionales universales ante experiencias estresantes de la vida cotidiana y el empleo, en este sentido, de la expresión "trastorno adaptativo" como una forma "sui generis" de diagnóstico no estigmatizante. Para algunos autores esta indefinición del "trastorno adaptativo" es precisamente lo que le hace imprescindible y útil².

2.2. EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA

El DSM-IV-TR distingue hasta nueve subtipos de trastorno adaptativo y la CIE-10 cinco, según si pre-

dominan síntomas depresivos, ansiosos, del comportamiento o combinaciones mixtas de los anteriores. Se trata de categorías derivadas empíricamente, para las que no existen estudios de aval epidemiológico que muestren el carácter distintivo de cada uno como entidad nosológica. El trastorno adaptativo no ha sido incluido en ninguno de los grandes estudios de epidemiología psiquiátrica^{6,7,8,9}.

3. REACCIONES A ESTRÉS

3.1. DEFINICIÓN Y DEBATE CONCEPTUAL

Las clasificaciones internacionales recogen la influencia de los hechos estresantes sobre el ser humano distinguiendo entre varias entidades: la reacción a estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático y la transformación persistente de personalidad tras hecho catastrófico.

- **Reacción a estrés agudo (CIE-10) / Trastorno por estrés agudo REA (DSM-IV-TR).** La CIE-10 defiende una tesis "normalizadora" en la que conceptualiza estas reacciones como un estado transitorio tras un hecho amenazante extremo, que dura unos días (a lo sumo dos-tres) y en los que lo que predominaría sería un estado de *shock* o aturdimiento (tabla 1). Recoge así lo que los estudios señalan que constituye la respuesta más frecuente a situaciones extremas. El DSM-IV-TR en cambio, habla de trastorno y no de reacción, prolonga su posible duración hasta las cuatro semanas, sólo incluye las amenazas de carácter físico y no considera las psicológicas (lo que resulta incoherente con que si acepte el estrés vicario, es decir, el producido por oír hablar o contemplar hechos que suceden en otros), y define criterios diagnósticos que son paralelos a los del trastorno de estrés postraumático, excepto en el hecho de que contemplan con especial relevancia los síntomas disociativos (embotamiento, ausencia, desrealización, amnesia, despersonalización...), que en el diagnóstico de TEPT quedan subsumidos dentro de una categoría más amplia de "síntomas de evitación". En suma, mientras para la CIE-10 se trata de una reacción aguda de ansiedad transitoria, para el DSM-IV-TR el trastorno por estrés agudo es un pre-

TABLA 1. Criterios CIE-10 para trastorno adaptativo y reacciones de estrés

El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc). En las reacciones de adaptación el agente estresante incluye una amenaza a la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado), pudiendo afectar al individuo, al grupo o a la comunidad.

F43.2 Reacciones de adaptación. Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. Las manifestaciones clínicas son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria (...). Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. (...). El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses

F43.0 Reacción a estrés agudo. Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días (...). Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de “embotamiento” con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio

F43.1 Trastorno de estrés posttraumático. Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez. Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas (...). El comienzo sigue al trauma con un periodo de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad

F62. Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica. Clara evidencia de un cambio definido y duradero del modo como el enfermo percibe, se relaciona o piensa sobre el entorno y sí mismo, presente durante un mínimo de dos años y no atribuible a un trastorno de personalidad pre-existente. El estrés debe ser tan extremo como para que no se requiera tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad. Son ejemplos típicos: experiencias en campos de concentración, torturas, desastres y exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida (por ejemplo, secuestro, cautiverio prolongado con la posibilidad inminente de ser asesinado). La transformación de la personalidad debe ser significativa y acompañarse de un comportamiento rígido y desadaptativo, que llevan a un deterioro de las relaciones personales y de la actividad social y laboral, y que no estaba presente antes de la experiencia patógena. Las transformaciones duraderas de la personalidad deberán ser diagnosticadas únicamente cuando el cambio constituya una manera de ser permanente y diferente, cuya etiología pueda referirse a una experiencia profunda y existencialmente extrema. Puede aparecer: a) actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo; b) aislamiento social; c) sentimientos de vacío o desesperanza; d) sentimiento permanente de “estar al límite”, como si se estuviera constantemente amenazado; e) vivencia de extrañeza de sí mismo.

cursor del TEPT, y requiere por tanto de síntomas de reexperimentación, evitación acusada de recuerdos del trauma y experimentar malestar significativo o deterioro en el funcionamiento.

- **Trastorno de estrés postraumático TEPT.** Entendido como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento extremo, definido por la CIE-10 como aquel que “causaría por sí mismo malestar generalizado en casi todo el mundo y por el DSM-IV-TR como “una amenaza a la integridad física de la persona o los demás, vivida con temor, desesperanza u horror intensos”.

Ambos sistemas diagnósticos consideran que existen tres grupos de síntomas:

- a. De re-experimentación o intrusivos.
- b. De evitación persistente y embotamiento.
- c. De aumento de activación.

Además, el DSM-IV-TR requiere que haya un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad de la persona.

3.2. EPIDEMIOLOGÍA

Existe una notable controversia respecto a la prevalencia en población general y en grupos específicos de población del REA y el TEPT (tabla 2). Los datos indican que mientras la mayoría de la población general ha pasado por experiencias traumáticas, y aunque inicialmente un porcentaje importante puedan presentar uno o más síntomas, estos desaparecen a las pocas semanas y son pocos los que desarrollan TEPT.

Estos datos, unidos a los de los estudios transversales, apoyarían la idea de que la mayoría de estos síntomas constituyen una adaptación normal del cuerpo humano ante una agresión externa de extrema gravedad y que su medicalización, en estas primeras fases, es un error. Esto no significa que no existiría un grupo variable de personas en que los síntomas se cronificarían, bien por el tipo de agresión y sus connotaciones, bien por la respuesta del medio (de rechazo, estigmatización o aislamiento), pudiendo llegar a ser invalidantes.

TABLA 2. Epidemiología trastorno estrés agudo y trastorno de estrés postraumático

a. La mayoría de la población ha estado expuesta a hechos traumáticos.

La prevalencia-vida para hechos traumáticos en población USA es del 51.2% para mujeres y 60.7% para hombres⁸. En población europea del 34.9% en Suiza¹⁰ con criterios muy restrictivos (entrevista individual en base a experiencias vitales extremas) al 80.2 en Suecia¹¹ (entrevista postal con un amplio rango de experiencias potencialmente traumáticas)

b. La prevalencia de TEPT es muy baja.

En EUA el estudio ECA estimó la prevalencia-vida de TEPT (DSM-III-R) en el 1% de la población general⁹ al preguntar por los síntomas en relación con un hecho traumático concreto. Estudios posteriores^{7,8} pasan a preguntar por síntomas de manera inespecífica hallando Breslau tasas del 6% en hombres y 11% en mujeres y Kessler del 7.8% en población general. El estudio ESEMED¹² realizado en 6 países europeos da una prevalencia-vida de 1.9% y una prevalencia-año de 0.9%. Diversos estudios nacionales^{6,10,11} confirman tasas entre el 1-3% en población europea. Aceptando el rango 1-8% en estudios norteamericanos y 1-3% en europeos resulta notorio el buen ajuste de la mayoría de personas que pasan por experiencias traumáticas

c. La mayoría de casos se resuelven espontáneamente entre el primer y tercer mes^{13,14}

3.2.1. Dificultades con los estudios epidemiológicos

Tras los atentados terroristas del 11 de septiembre del 2001 en Nueva York y del 11 de marzo del 2004 en Madrid diversos estudios epidemiológicos realizados a las pocas semanas^{15,16} sugerían cifras de TEPT de entre el 11 y el 13% en población general. La razón de estas “epidemias” de TEPT sería el impacto emocional directo y el impacto vicario derivado de las imágenes repetidas de televisión y de la narración reiterada de los hechos. Estudios posteriores mostraron cómo estas cifras eran irreales y dependían en exceso del tipo de cuestionario de cribado y del punto de corte usado y, en consecuencia, el poco sentido epidemiológico y práctico

de este tipo de estudios^{17,18}, desaconsejados actualmente por la Organización Mundial de la Salud¹⁹.

Por otro lado los estudios muestran que el TEPT es uno de los trastornos con mayor comorbilidad de los contemplados en el DSM-IV-TR, con valores entre el 0 y 75% según estudios²⁰.

Los diagnósticos más frecuentes son la depresión (hasta el 50%) y abuso de sustancias (10 a 30% según subtipos de población). De hecho la depresión mayor es la consecuencia epidemiológica más frecuente a medio y largo término, casi tres veces más frecuente que el TEPT²¹. Por último en el caso del TEPT más que en ningún otro trastorno cumplir criterios diagnósticos no equivale ni a necesidad percibida de tratamiento médico ni a percepción clínica de necesidad del mismo²². Hay elementos muy relevantes relacionados con la percepción de la persona como víctima o superviviente, la narrativa construida sobre los hechos y el modo en que la persona se percibe en ella, que tienen una relevancia capital.

3.3. LOS HECHOS TRAUMÁTICOS CUESTIONAN LA VISIÓN DEL MUNDO

La epidemiología muestra, además, que no todos los hechos traumáticos tienen un impacto similar. Mientras se estima que entre un 5-10% de personas desarrollan secuelas a un accidente de tráfico con riesgo vital, en el abuso sexual con violencia física esta se eleva al 35 al 50% (según estudios) y hasta al 50% a 65% si esta se produce por un familiar o amigo cercano^{7,8,9}. Estos datos, repetidamente replicados, muestran cómo todo hecho traumático puede llevar asociado un significado simbólico que determina gran parte de las consecuencias del mismo. Un

* En ambos casos se estudiaba la prevalencia por sondeos telefónicos aleatorios usando la *Postraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C)*, (que reproduce los síntomas del TEPT del DSM-IV en forma de cuestionario) usando un punto de corte estándar de 44. Estudios posteriores mostraron como este punto de corte tenía una especificidad inaceptable y se propuso mejorar esta usando un punto de corte de 51. Aplicando este nuevo punto, la prevalencia estimada de TEPT en población general tras el 11-M disminuyó a una probable "caso" de los criterios DSM-IV A ("haber experimentado el hecho con horror o emoción extrema") y F ("impacto sobre el funcionamiento diario"), la prevalencia pasaba al 1.9%, que es la misma prevalencia que da el estudio ESEMED para TEPT en España antes de que ocurrieran los atentados. Es decir, el solo manejo del criterio de uso del cuestionario telefónico convertía la hipótesis de la epidemia (11-13% de población afectada) a la de "impacto en víctimas directas e indirectas pero no en el conjunto de la población" (1.9%). Es necesario mantener una lógica cautelada ante este tipo de estudios

accidente de tráfico puede dejar la sensación de vivir en un mundo impredecible e inseguro. Sufrir danos a mano de otro que busca obtener placer a través del sometimiento o el dolor (como puede ocurrir en el abuso sexual con violencia) puede quebrar la confianza en el ser humano, en general. Pero cuando esta es ejercida por un familiar de primer grado el impacto en términos de significado e identidad personal es mucho más grave: por un lado, aquellos de quienes más cabe esperar protección y afecto son precisamente quienes se constituyen en agresores. ¿Cómo confiar en otros? Por otro lado, ¿quién y cómo soy que ni de mi familia merezco afecto?

Hay por tanto, en el hecho traumático, un cuestionamiento de los esquemas de la persona respecto a sí mismo y de sí mismo respecto al mundo. Un quiebre de asunciones básicas que requerirá de un proceso de reconstrucción, que será el auténtico núcleo del daño y la terapia²⁰.

El trabajo con supervivientes de situaciones extremas permite elaborar una visión alternativa del concepto de trauma y sus consecuencias²⁰ (tabla 3) más centrada en la experiencia de las personas²³, el significado atribuido a las mismas y el quiebre de marcos

TABLA 3. Concepto de trauma: más allá de las nosologías

- a. Una experiencia que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona, asociada con frecuencia a emociones o vivencias de caos y confusión durante el hecho, fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia o desconcierto
- b. Que tiene, por lo general, un carácter inenarrable, incontable y percibido con frecuencia como incomprensible para los demás
- c. Que quiebra una o más de las asunciones básicas que constituyen los referentes de seguridad del ser humano y muy especialmente las creencias de invulnerabilidad y de control sobre la propia vida, la confianza en los otros, en su bondad y su predisposición a la empatía y la confianza en el carácter controlable y predecible del mundo
- d. Que cuestiona los esquemas del yo y del yo frente al mundo
- e. Desde una perspectiva transcultural el impacto de un hecho traumático puede leerse como la ruptura del sistema de equilibrios que regulan la vida de las personas y de las personas en su medio

de referencia de la persona²⁴, que en la existencia de determinados síntomas de carácter más o menos psicofisiológico.

3.4. LA PERSPECTIVA COMUNITARIA

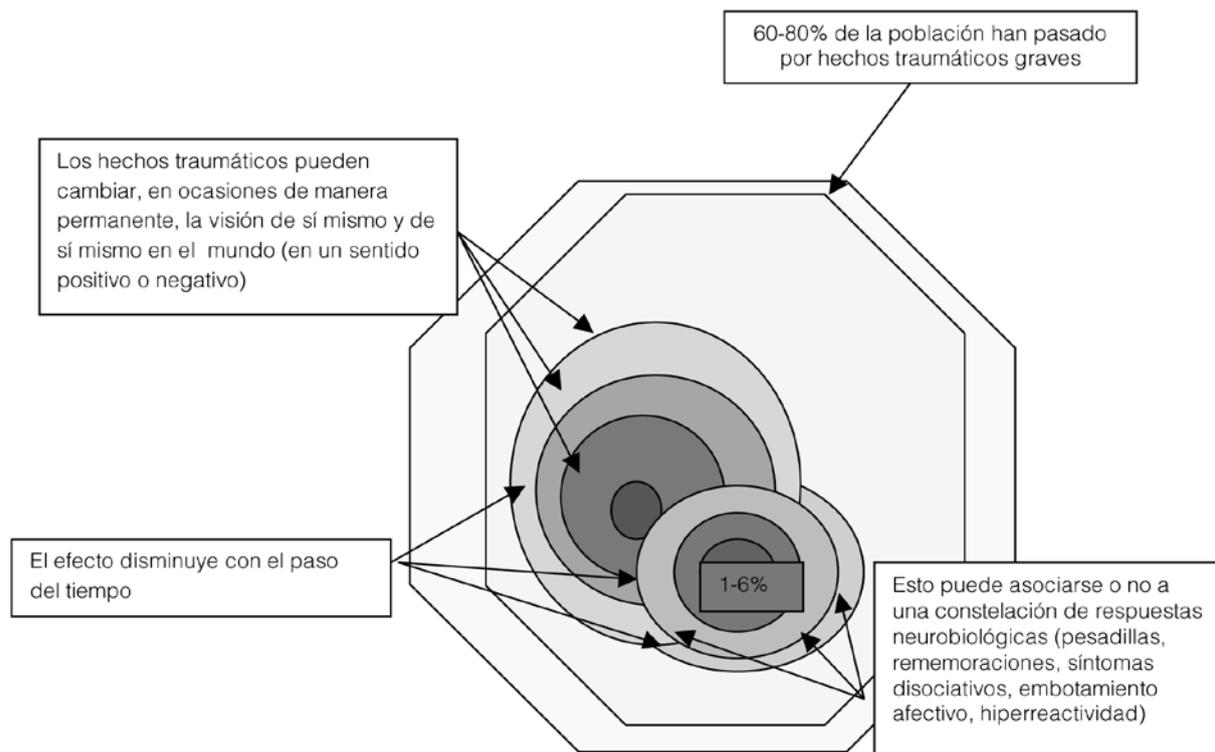
Ignacio Martín-Baró definía el trauma como un fenómeno de naturaleza intrínsecamente psicosocial enfatizando el carácter esencialmente dialéctico entre lo individual y lo social y comunitario en la herida causada en las personas por las vivencias traumáticas²⁵. Las últimas décadas han acumulado datos que avallan esta tesis y que muestran que las circunstancias postrauma tienen un peso decisivo en la mitigación o cronificación de los síntomas. Silove^{26,27} ha mostrado, por ejemplo, en estudios longitudinales con solicitantes de asilo, cómo las dificultades para conseguir legalizar su situación, el aislamiento, el desempleo crónico y la dependencia en el país de acogida son factores que predicen mejor la aparición de síntomas postraumáticos que la propia experiencia de persecución y tortura vivida en el país de origen. Un hecho traumático no es una *noxa* neutra que im-

pacta en un individuo vulnerable, sino que ocurre en un contexto que lo dota de sentido y permite o no integrarlo en una lógica de sí mismo y el mundo y frente a la que la persona desarrollará mecanismos de afrontamiento. La figura 1 intenta conjugar ambas miradas.

3.5. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO O DESNOS

La insuficiencia del estrés postraumático como modelo de comprensión de las respuesta ante vivencias extremas llevó a la Organización Mundial de la Salud a formular el diagnóstico de transformación persistente de personalidad tras hecho catastrófico (tabla 1) y a la psiquiatría académica norteamericana a proponer que deben distinguirse los hechos traumáticos tipo I (puntuales y asumibles, cuyo paradigma sería un accidente de tráfico en una persona sin factores de riesgo) y los tipo II (crónicos, prolongados en el tiempo o asociados a horror extremo, cuyo paradigma sería la violencia política prolongada).

FIGURA 1.



Mientras que el TEPT explicaría la respuesta a los primeros, el denominado TEPT-complejo o DESNOS (siglas que corresponden a *Disorder of Stress not Otherwise Specified*) corresponderían a la respuesta a los segundos. Existe una cantidad muy importante de literatura sobre el DESNOS desde inicios de los noventa, y probablemente va a ser aceptado como nueva categoría en el DSM-V y versiones posteriores con el nombre de “trastornos por estrés extremo” (*Disorders of Extreme Stress*). El actual DESNOS enfatiza dos grupos de síntomas poco considerados en el TEPT: los elementos de disociación y los denominados trastornos de la regulación de los afectos.

El DESNOS, DES o TEPT-complejo es un valioso esfuerzo por acercarse a elementos de la experiencia de los supervivientes que no encajan dentro de los síntomas clásicos “observables” que suele recoger la psiquiatría académica. Pero se mantienen importantes dudas conceptuales. Por ejemplo los actuales criterios consideran la incapacidad para creer en la bondad del ser humano después de pasar por una experiencia extrema como un signo de enfermedad o perder la fe religiosa a raíz del hecho traumático. EN esta línea, ¿la idea de “nadie puede entender” debe entenderse como patológica?, ¿o son, por el contrario, muchos de estos síntomas signos de evolución filosófica personal?

¿Pueden (como se postula en algunos de los modelos protocolizados de tratamiento que se han desarrollado), enfrentarse los dilemas profundos y existenciales que puede conllevar un hecho traumático como si se tratara de fobias condicionadas algo complejas que hay que descondicionar y creencias erróneas a rebatir? ¿Dónde quedarían entonces el contexto social, político y relacional en que se produjeron los hechos traumáticos y que dotan de sentido a la experiencia?

3.6. TRATAMIENTO

Desde un paradigma psicosocial de atención en salud las reacciones y trastornos de estrés deberían entenderse favoreciendo la normalización de síntomas y la no patologización (tabla 4) y con una visión que fomente y trabaje de modo proactivo con las redes naturales de la persona afectada (figura 2).

Así, ante una situación de catástrofe o emergencia los protocolos internacionales de atención²⁸ recomiendan que la intervención en salud mental debe basarse en un sistema piramidal con cuatro niveles:

a. Servicios básicos y seguridad. En situaciones de accidente, agresión, catástrofe colectiva

TABLA 4. Modelos de resignificación de los síntomas postraumáticos como respuestas adaptativas de re-equilibrio ante situaciones anormales

| Síntomas | Explicación “salutógena” |
|--|---|
| Síntomas intrusivos (<i>flashbacks</i>, pesadillas, rumiaciones) | Intentos recurrentes de dar sentido a la experiencia, intentos espontáneos de la mente para entender y asimilar lo ocurrido, de buscar un final |
| Síntomas de anestesia emocional, de despersonalización o de extrañeza | Necesidad de la mente de desconectarse temporalmente de la realidad, de poner algo de distancia respecto al mundo y darse un tiempo muerto de respiro y recuperación |
| Angustia ante situaciones parecidas y deseo de evitarlas | Un modo natural de protegerse. Un modo de permitirse ir afrontando lentamente las cosas. Dosificación necesaria del dolor de las pérdidas |
| Ganas de estar solo y aislarse | Intentos por no perder el control y mantener la calma interior |
| Hiperactivación y alarma | Actitud defensiva, útil para sobrevivir. Agotadora, cuando se lleva al extremo, pero cuyo fin es proteger. Una vez pasada la amenaza ya no sería necesario mantenerla, aunque a veces tome un tiempo desactivarla progresivamente |

FIGURA 2. Pirámide de intervenciones en situaciones de estrés, emergencias o catástrofes (Fuente: Interagency Standing Committee. Guía sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. Ginebra. 2007)



o guerra, de hambre o carestía personal, de inseguridad, falta de información o cualquier otra amenaza a las necesidades básicas de un ser humano, el actuar sanitario debería partir por atender la causa que lo provoca. Así, hace más de 20 años que la Organización Mundial de la Salud considera a la violencia o el hambre como problemas sanitarios²⁹ y recomienda un enfoque etiológico y éticamente comprometido. Recientemente se ha creado, siguiendo el paralelismo de las patologías psicosomáticas, el término de patologías “sociosomáticaa”³⁰ para definir los trastornos del cuerpo (en un sentido integral) de origen social. La respuesta incluiría detectar las situaciones, documentar sus efectos sobre la salud mental y el bienestar psicosocial, activar las redes y recursos que puedan resolverlas o canalizar a la persona o grupo hacia las mismas e intentar influir sobre quienes tienen capacidad de cambiar estas condiciones.

b. Apoyos de la comunidad y de la familia. El segundo nivel corresponde a la respuesta de activación de las redes espontáneas de respuesta y apoyo de la comunidad y las propias de la familia y el entorno. Las intervenciones grupales de carácter comunitario o psico-educativo entrarían en este segundo nivel.

c. Apoyos focalizados, no especializados. El tercer nivel correspondería al apoyo necesario para un número proporcionalmente pequeño de personas que necesitan intervenciones a nivel individual, de familia o de grupo por parte de agentes de salud capacitados y supervisados, generalmente (pero no solo) personal de atención primaria.

d. Servicios especializados. El vértice de la pirámide corresponde finalmente al apoyo adicional que necesitaría un aún menos porcentaje de la población cuyos padecimientos son subjetivamente intolerables y que tropezarían con grandes dificultades para el funcionamiento básico cotidiano y que no encuentran respuesta en los niveles anteriores.

3.7. ATENCIÓN ESPECIALIZADA

a. Estudios basados en la evidencia. Existen diferentes revisiones de estudios “basados en la evidencia” sobre atención clínica a las reacciones de estrés. En las tablas 5-8 se recoge una síntesis de las principales recomendaciones de las revisiones de la *American Psychiatric Association*³¹, del *National Institute for Clinical*

*Excellence*³² (NICE), el *Institute of Medicine*³³ (OIM) de Estados Unidos y la Fundación Cochrane^{34,35,36}. Estas revisiones indican aquellas técnicas que se han mostrado eficaces, lo que no significa que deban ser las técnicas más recomendables o de elección[†]. En esta línea, las revisiones realizadas hasta la fecha resultan desalentadoras:

† Pese a que hay un auge de este tipo de revisiones, sus resultados deben ser acogidos con cautela. En ellas se selecciona, incluye y re-analiza los resultados de estudios controlados aleatorios doble ciego sobre eficacia terapéutica de procedimientos o técnicas médicas. A nadie escapa que gran parte de los procedimientos usados en salud mental en general y en psiquiatría y psicoterapia en particular son difícilmente contrastables bajo condiciones propias de la investigación de laboratorio. Por ello las recomendaciones que emergen de los estudios "basados en la evidencia" priman las recomendaciones de fármacos o de técnicas fácilmente protocolizables (como la exposición con prevención de respuesta) en detrimento de psicoterapias más complejas y sofisticadas y, desde luego, técnicamente más avanzadas. Una recomendación determinada indica que esa técnica "ha mostrado utilidad". La ausencia de la misma no indica nada, a no ser que existan estudios con las características indicadas que hayan brindado resultados negativos. En suma, las revisiones de estudios basados en la evidencia no permiten emanar "recomendaciones de buena praxis" ni definir la "técnica terapéutica de elección", sino solo enumerar un catálogo de técnicas que se han mostrado eficaces

- a. Desde el punto de vista farmacológico, existen evidencias controvertidas (débiles-moderadas) que apoyan el uso de los ISRS en el tratamiento de respuestas postraumáticas.
- b. Desde el punto de vista de técnicas de psicoterapia, evidencias moderadas de eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales que impliquen poner el foco de la terapia en el trauma.
- c. No hay evidencias concluyentes de las terapias de grupo y si hay evidencias que contraindican el uso de las técnicas de ventilación (*debriefing*) en población general.

b. Psicoterapia de respuestas traumáticas.

Existe una larga tradición de estudios y propuestas sobre psicoterapia de situaciones traumáticas desde casi todas las escuelas. La tabla 9 recoge algunos hitos fundamentales y escuelas de reflexión en un listado que no pretende ser exhaustivo.

TABLA 5. *Recomendaciones terapéuticas.* British Psychological Society -National Institute for Clinical Excellence³² (NICE). Post-Traumatic Stress Disorder (2005)

Evaluación inicial

- En las personas que han sufrido el impacto de un hecho extremo no están indicadas, como pauta general, las sesiones de "ventilación" (*debriefing*) de carácter individual o grupal (recomendación clase A)
- En los pacientes con síntomas postraumáticos graves durante el primer mes puede estar indicado ofrecer terapia individual cognitivo-conductual centrada en el trauma. Se debería garantizar que se ofrezca esta posibilidad a las personas por si así lo desean (recomendación clase B). En esta etapa no están indicadas las terapias de carácter inespecífico (como la relajación o terapias no directivas) (recomendación clase B)
- El tratamiento farmacológico en estas fases precoces (prefer. ISRS o mirtazapina en AP; ADT por especialistas) debe reservarse para casos graves que no deseen un tratamiento con psicoterapia

Tratamiento psiquiátrico

- Pasados los primeros tres meses, de persistir los síntomas, debe ofrecerse terapia de modo proactivo (recomendación clase A)
- Un tratamiento estándar puede durar entre 8 y 12 sesiones aunque en traumas crónicos la duración puede ser muy superior (recomendación clase B)
- En estos casos será prioritario tener en cuenta los componentes psicosociales que cronifican el problema (recomendación clase C)

Guía NICE: Recomendación clase A: como mínimo un estudio randomizado y controlado como parte de una grueso de literatura de calidad y consistencia aceptable que investiga la recomendación específica sin extrapolación; recomendación clase B: estudios clínicos correctamente realizados sin randomización respecto al tema de la recomendación; recomendación clase C: informes de comités de expertos u opiniones o experiencia clínica de autoridades reconocidas

TABLA 6. Recomendaciones terapéuticas. Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por estrés agudo y estrés posttraumático de la American Psychiatric Association³¹ (2006)

Evaluación inicial

- Verificar la existencia de un hecho traumático sin necesidad de sacar a la luz los recuerdos vívidos y detallados (grado I)
- Estabilizar la situación personal (seguridad, estado médico y circunstancias coadyuvantes) (grado I)
- Separar las reacciones de ansiedad esperables al contexto de las reacciones patológicas (grado I), mediante entrevista individual, de grupo o seguimiento cercano (grado I)
- Evaluar el estado clínico (grado I). Evaluar experiencias previas traumáticas infantiles o adultas con potencial influencia (grado I) o comorbilidad (alcohol u otros) (grado I)
- Evaluar los recursos de apoyo social o de otro tipo

Tratamiento psiquiátrico

- Garantizar la seguridad física y psicológica para él y para otros (grado I)
- Establecer una alianza terapéutica (grado I)
- Explicar en lenguaje sencillo la naturaleza normal y adaptativa de la mayoría de síntomas y la importancia del afrontamiento adaptativo activo (grado I)
- Durante los primeros días primar enfoques de apoyo o psicoeducativos (grado II). Usar farmacoterapia solo en caso de existir síntomas emocionales graves (insomnio tres fases, agitación, disociación...) (grado II). Ayuda en elementos prácticos y en garantizar el apoyo del medio (grado II)

Psicoterapia: se ha mostrado útil animar a las personas a confiar en sus propias fuerzas, sus redes de apoyo y su propio criterio (grado II). La terapia cognitivo-conductual se ha mostrado útil para acelerar la recuperación espontánea de la persona tras accidentes de tráfico y agresiones interpersonales o violación (grado II). La exposición con prevención de respuesta se ha mostrado útil para determinados síntomas (grado II)

En población con estrés crónico (como guerra o violencia política) no está demostrada (ni contraindicada) las intervenciones preventivas precoces. No se recomienda el uso en población general de técnicas de ventilación emocional de una sola sesión (*debriefing*) o de seguimiento periódico

No hay datos de estudios controlados que avalen el uso del EMDR o la hipnosis como tratamiento preventivo y evidencias moderadas de su uso como tratamiento eficaz de síntomas (grado II). También han mostrado evidencias de utilidad la inoculación de estrés, el entrenamiento en visualización y la exposición prolongada (grado II)

Las terapias dinámicas pueden ser útiles para evaluar el efecto del desarrollo, interpersonales o intrapersonales con influencia en la clínica (grado II)

No existen evidencias controladas respecto a las terapias de grupo (grado III)

Farmacoterapia: no está demostrado su valor preventivo o profiláctico (grado I). Existen evidencias moderadas de la utilidad de los ISRS en los síntomas agudos (grado II). A medio y largo término los ISRS son el tratamiento de primera elección (grado I). Los ADT (grado II) también han mostrado utilidad. Las BDP han mostrado escasa utilidad y algunos estudios indican la posibilidad de mayor incidencia posterior tras la retirada (grado III). Se han usado antipsicóticos atípicos (grado III) y antiepilépticos (grado III)

Guía APA: Grado I recomendado con una confianza clínica considerable; Grado II recomendado con una confianza clínica moderada; Grado III puede recomendarse en función de las circunstancias individuales

TABLA 7. *Recomendaciones terapéuticas*. Committee on Treatment of PTSD. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence. Institute of Medicine of the National Academies (2007)³³ (Por encargo de la Veterans Affairs Adm)

Farmacoterapia: no existen evidencias suficientes que avalen el uso de ningún fármaco en el tratamiento de los síntomas postraumáticos (incluyendo ISRS, ADT, IMAOS, bloqueantes alfa-adrenergicos, BDP, antipsicóticos típicos y atípicos, litio y anti-convulsivantes)

Psicoterapia: la mayoría de estudios randomizados evalúan:

- a. exposición con prevención de respuesta con o sin otras técnicas cognitivo-conductuales asociadas
- b. formas de técnicas de reprocesamiento con movimiento ocular rápido (EMDR)

Ante esta evidencia y la multitud de otras técnicas descritas en la literatura, el comité considera que es más correcto decir que hay una ausencia de estudios de psicoterapia y solicitar investigaciones en esta línea, que considerar como “de elección” las anteriores citadas. Los estudios disponibles muestran:

- No hay evidencias que permitan concluir que la exposición con prevención de respuesta es eficaz (2)
- Hay evidencias inadecuadas sobre la eficacia de:
 - EMDR
 - Terapias de reestructuración cognitiva
 - Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
- No hay evidencias que indiquen ninguna forma de terapia de grupo

El comité concluye que:

- a. no hay evidencias concluyentes que apoyen ningún tratamiento
- b. esto es especialmente evidente en el caso de la farmacoterapia, en que no existen estudios que no hayan sido financiados total o parcialmente por la industria farmacéutica

IOM Guide: (1), las evidencias permiten concluir la eficacia del tratamiento. (2), evidencias sugerentes pero no concluyentes de eficacia. (3), evidencias inadecuadas. (4), evidencias sugerentes de ineficacia. (5), evidencias sugerentes de que el tratamiento es perjudicial o nocivo

TABLA 8. *Fundación Cochrane*³⁴. *Revisión sistemática farmacoterapia (2000), psicoterapia*³⁵, *técnicas de ventilación*³⁶ (Debriefing) (2000) para el trastorno de estrés postraumático

- **Farmacoterapia.** La revisión sistemática y metanálisis de 35 estudios randomizados doble ciego sobre farmacoterapia del TEPT muestra una evidencia moderada (OR:1.45) del uso de fármacos sobre placebo en el tratamiento del TEPT, con valores discretamente superiores de los ISRS respecto al resto de psicofármacos
- **Debriefing** La revisión y metanálisis de 15 estudios muestran que (a) no previene los síntomas posteriores, (b) no disminuye la incidencia de otros síntomas, (c) un estudio aislado muestra empeoramiento de quienes recibieron esta técnica. Debe proscribirse el *debriefing* obligado de supervivientes
- **Psicoterapia.** La terapia cognitivo-conductual centrada en el problema, el EMDR, las técnicas de manejo de estrés y las terapias grupales cognitivo-conductuales muestran evidencias de eficacia a corto término. Se carece de datos a largo término o de datos sobre efectos potencialmente negativos que deben sospecharse ante las altas tasas de abandonos de la mayoría de estudios, el sesgo de no publicación de resultados negativos y la inexplicable heterogeneidad de resultados (con frecuencia extremadamente contradictorios)

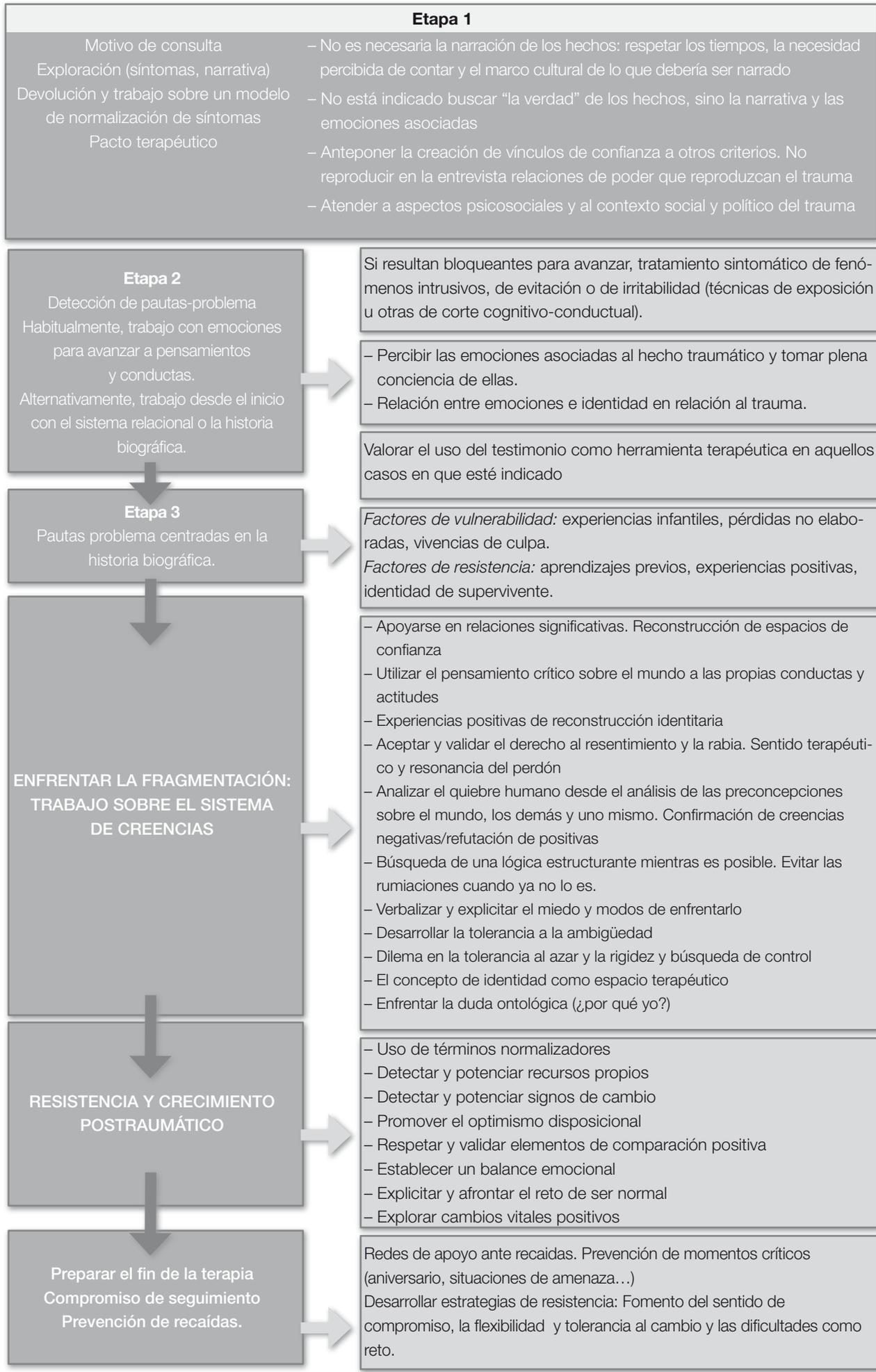
Desde un enfoque ecléctico e integrador, una psicoterapia del trauma debería tener en cuenta y combinar técnicas que trabajen²⁰:

- la narrativa construida sobre los hechos y el papel que la persona se otorga en los mismos, incluyendo los cambios en la identidad percibida y las vivencias de culpa asociadas;
- las emociones (negativas y positivas) asociadas a la experiencia traumática y lo que estas significan;
- los cambios (positivos y negativos) generados por la experiencia vivida en la visión del mundo, lo que incluye a la percepción de uno mismo y los demás;
- los síntomas de carácter invalidante asociados al hecho vivido (reexperimentación, evitación...).

La tabla 7 constituye un esquema de psicoterapia de reacciones traumáticas de carácter transteórico e integradora, organizado en niveles, según complejidad.

TABLA 9. Autores y escuelas fundamentales en la psicoterapia de situaciones traumáticas

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pierre Janet (1889). Define en <i>l' Automatisme psychologique</i> (1889) las respuestas del cuerpo ante la represión de hechos traumáticos en el subconsciente y sienta las bases de la relación entre disociación, síntoma y trauma y sus implicaciones terapéuticas |
| <ul style="list-style-type: none"> • WVAA (1935-1950). Descripción de varias decenas de cuadros y síndromes psicógenos asociados a trauma de guerra y desarrollo de diferentes modelos terapéuticos basados en sugestión, hipnosis, narcolepsia, psicoeducación y otros. Impulso a técnicas corporales³⁷ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Robert Jay Lifton (1967). Describe las consecuencias psicológicas y psiquiátricas de la II Guerra Mundial en presos y supervivientes de diferentes marcos culturales y especialmente supervivientes japoneses de Hiroshima y Nagasaki, sentando las bases de una visión humanista del trauma³⁸ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Michel Rutter (1970). Introduce, a partir de estudios longitudinales en orfanatos, el concepto de resiliencia como la capacidad de algunas personas para adaptarse, sobrevivir y aprender de las situaciones traumáticas |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mardi Horowitz (1978). Publica por primera vez <i>Stress Response Syndromes</i>. La primera edición³⁹ define los diferentes bloques sintomáticos (inrusivos, evitación e hiperactivación) en los que el DSM-III basaría posteriormente los criterios del TEPT. Las sucesivas ediciones y ampliaciones (en 1986, 1992 y 2002) han profundizado en un modelo de psicoterapia que entiende que el TEPT surge por una dificultad para integrar los hechos traumáticos en los esquemas cognitivos de la persona y propone técnicas de recolocación e integración de la experiencia en función de la estructura de personalidad⁴⁰ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Elizabeth Lira (1980). Define los componentes sociales y sistémicos del trauma⁴¹, las características de los procesos de duelo traumático en contextos de violencia política y las indicaciones y uso del testimonio como herramienta terapéutica⁴². Junto a ella, Diane Kordon (Argentina), Marcelo Viñar (Uruguay) y otros, desarrollan modelos terapéuticos para el trabajo con familiares de personas desaparecidas (duelo sin cuerpo) y supervivientes de prisión prolongada y tortura |
| <ul style="list-style-type: none"> • Edna Foa (1987). Desarrolla una larga serie de estudios experimentales durante más de veinte años sobre el uso de la exposición con prevención de respuesta para el tratamiento de los síntomas postraumáticos agudos y crónicos. Entiende que se trata del tratamiento de elección y logra recomendaciones en este sentido de diferentes sociedades nacionales e internacionales |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ignacio Martín Baró (1990). Aparece de manera póstuma <i>Psicología Social de la Guerra: Trauma y Terapia</i>, texto clave que compila y aglutina las diferentes escuelas de comprensión y terapia del trauma en lengua castellana²⁵ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Epstein (1989)/McCann IL, Pearlman LA (1990)/Janoff-Bulman (1991). Proponen un modelo de comprensión y terapia del trauma como cuestionamiento de las creencias básicas sobre el mundo.^{43,24,44} |
| <ul style="list-style-type: none"> • Wortman y Silver (1989). Desarrollan un modelo de comprensión del duelo traumático que acepta la existencia de emociones negativas y positivas y propone añadir a la psicoterapia clásica el trabajo con estas últimas⁴⁵ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Calhoun y Tedeschi (1997). Desarrollan un modelo de psicoterapia⁴⁶ basada en la idea de psicología positiva y de crecimiento postraumático⁴⁷ definido como el desarrollo de cambios positivos en la vida a partir de experiencias extremas |



4. RESUMEN

En resumen, el campo de los trastornos de adaptación y las reacciones de estrés es uno de los de mayor expansión en las últimas tres décadas en la psiquiatría. Pese a ello, está sometido a un notable vaivén de escuelas y de debates, algunos con miradas centradas en el individuo y su clínica, otras que integran aspectos humanistas y ontológicos y otras, en fin, que abarcan una mirada sistémica y psicosocial. Este capítulo ha intentado reflejar que un adecuado enfoque de salud mental necesita y exige de todas ellas.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Buitrago, F, y otros (1999). *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud - Recomendaciones del PAPPS - Salud Mental.*. Atención Primaria, Vol. 24, Suppl 1. 133-192.
- Strain, JJ, Newcorn, J, Cartagena, A. *Trastornos adaptativos*. En Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N. *Tratado de Psiquiatría. Tomo II*. Barcelona : Ars Medica 2003, 922-33.
- De la Mata, I, Lobo, A. (2007). *La colonización psiquiátrica de la vida*. Archipiélago, Vol. 76, 39-50.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Ed. Masson. Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades 10 edición (CIE-10)*. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Madrid 1992.
- Jenkins R, Lewis G, Bebbington P et al (2003). *The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain – initial findings from the household survey*. Int Rev Psychiatry 15:29-42.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). *Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma*. Archives of General Psychiatry, 55, 626-632.
- 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, 1048-1060.
- Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L. (1987). *Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the epidemiological catchment area survey*. New England Journal of Medicine, 317, 1630-1634.
- Hepp U, Gamma A et al. (2006). *Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD The Zurich Cohort Study*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 256 : 151-158
- Frans, P, Rimmö MA, Åberg, L, Fredrikson M (2005) *Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population*. Acta Psychiatr Scand. 111: 291-299
- The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (2004) *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. Acta Psychiatr Scand 109(Suppl. 420): 21-27.
- Foa EB, Hearst-Ikeda DE, Perry KJ (1995) *Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims*. J. Consulting and Clinical Psychology, 63, 948-955.
- Rothbaum B.O., Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W (1992) *A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims*. Journal of Traumatic Stress 5, 455-475
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., & Vlahov D. (2002). *Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City*. New England Journal of Medicine, 346, 982-987.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H., & Galea, S. (2004). *Consecuencias psicológicas de los atentados del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general*. Ansiedad y Estrés, 10, 163-179.
- Shalev, A.Y. (2004). *Further lessons from 9/11: Does stress equal trauma?* Psychiatry, 67, 174-177.
- Vazquez C, Pérez-Sales P, Matt G (2006) *Post-Traumatic Stress Reactions Following the March 11, 2004 Terrorist Attacks in a Madrid Community Sample: A Cautionary Note about the Measurement of Psychological Trauma*. The Spanish Journal of Psychology 9, (1), 61-74
- Pérez-Sales P, Vazquez C (2007). *Planning needs and services after collective trauma: should we look for the symptoms of PTSD?*. Intervention. 5(1) 27-40
- Pérez-Sales P (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. Ed Desclee de Brower. Bilbao.
- McQuaid, J R; Pedrelli, P; McCahill, M E; Stein, M B (2001). *Reported trauma, post-traumatic stress disorder and major depression among primary care patients*. Psychological Medicine, 31(7): pp. 1249-1257,
- Spitzer R (1998). *Diagnosis and need for treatment are not the same*. Archives of General Psychiatry 55, 120.
- Herman J. (1992). *Complex PTSD : a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma*. Journal of Traumatic Stress 5(3) 377-391.
- Janoff-Bulman R (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Martín-Baró I. (1990) *Psicología social de la guerra : trauma y terapia*. UCA editores: El Salvador.
- Silove, D., I. Sinnerbrink , et al. (1997). *Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors*. Br J Psychiatry. 170: 351-357.
- Silove, D., Steel, Z et al. (2000). *Policies of Deterrence and the Mental Health of Asylum Seekers*. JAMA. 284 : 604-611
- Interagency Standing Committee. (2007) *Guía sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*. Ginebra. (Descargable en www.psicosocial.net)
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra (descargable en http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm)
- Kleinman A, Das V, Lock M. (1997). *Social Suffering*. University of California Press

- 31.** American Psychiatric Association (2006) *Guías Clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Compendio 2006. Ars Médica. Barcelona.
- 32.** Royal College of Psychiatrists & British Psychological Society (2005) *Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. National Clinical Practice Guideline Number 26. National Institute for Clinical Excellence. Gaskell and British Psychological Society. London
- 33.** Institute of Medicine (IOM). 2007. *Treatment of Post-traumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*. Washington, DC: The National Academies Press
- 34.** Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. *Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002795. DOI: 10.1002/14651858.CD002795.pub2
- 35.** Bisson J and Andrew M. *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3
- 36.** Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. *Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 1. Art. No.: CD000560. DOI: 10.1002/14651858.CD000560
- 37.** Lewis ND, Engle B (1954). *Wartime psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- 38.** Lifton RJ (1967). *Survivors of Hiroshima: death in life*. Basic Books inc. New York.
- 39.** Horowitz M. (1978). *Stress Response Syndromes*. Jason Aronson INC. New Jersey.
- 40.** Horowitz M (2002). *Stress Response Syndromes: Personality Styles and Interventions*. Jason Aronson INC. New Jersey.
- 41.** Lira E (1981). *Psicología de la Amenaza Política y el Miedo*. ILAS. Santiago de Chile.
- 42.** Cienfuegos AJ, Morelli C (1983). *The testimony of political repression as a therapeutic instrument*. Am. J. Orthopsychiatry 53, 43-51.
- 43.** Epstein S (1989). *Post-traumatic stress disorder: a review of diagnostic and treatment issues*. Psychiatric Annals 19:10 556-563.
- 44.** McCann IL, Pearlman LA (1990). *Psychological trauma and the adult survivor*. New York. Bruner Mazel.
- 45.** Wortman C y Silver RC (1989). *The myths of coping with loss*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 57, 349-357.
- 46.** Calhoun LG, Tedeschi RG (1999). *Facilitating posttraumatic growth. A clinician's guide*. Lawrence Erlbaum Ass. Londres.
- 47.** Tedeschi RG Park M, Calhoun LG (1997). *Postraumatic growth: positive changes in the aftermath of crises*. Lawrence Erlbaum ass. Londres.

28

