

## El Manejo del Síndrome de Estrés Postraumático

Dr. Pedro Naveillán F.

### RESUMEN:

Se presenta una revisión crítica, clínica y bibliográfica, de lo que es el síndrome de estrés postraumático. Luego se proporciona información acerca de su evolución espontánea, de su prevalencia y de su curso clínico. Finalmente, se dan orientaciones sobre su manejo terapéutico y su prevención.

### 1.- Introducción:

Para los efectos de este trabajo solicitamos una revisión bibliográfica de las CD Rom de las bibliotecas médicas Medline (correspondiente a la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos) y Lilacs (del Bireme, Biblioteca Regional de Medicina de la Organización Panamericana de la Salud, con sede en Brasil); en la primera de los años 1986 a 1992, ambos inclusive, y en la segunda de la treceava edición correspondiente al mes de abril de 1992 y que acumula todas las publicaciones registradas en las ediciones anteriores.

Profesor de Salud Mental. Facultad de Medicina  
Servicio de Neurología y Neurocirugía del  
Hospital Clínico. Universidad de Chile.  
Presidente del Instituto Chileno de Salud Mental.

Encontramos un total de 385 referencias en la base Medline y de 7 en la Lilacs, casi todas con resúmenes. De las 385 referencias de Medline, no estaban disponibles en Chile las

---

revistas o libros correspondientes a 212 de ellas (55%) y 6 de la base Lilacs.

Del total de referencias que nos parecieron de interés para nuestros propósitos, logramos consultar en sus textos completos 61 y en forma de resúmenes 21, lo que hace un total de 82. Estas son las que damos bajo el rubro referencias, separando ambos tipos.

Luego de estudiarlas y pasarlas por el matiz de nuestra crítica de psiquiatra clínico —apoyada en nuestra experiencia clínica de más de 20 años en el campo de la salud mental ocupacional y de 37 años en psiquiatría general— hemos procedido a elaborar el presente documento. Para lo que en él señalamos, hemos dado preeminencia al sedimento que ha dejado en nosotros el quehacer clínico, el que no es necesariamente científico, aunque se apoya en el conocimiento científico, y los resultados de los trabajos de investigación llevados a cabo por otros en el campo del estrés ocupacional postraumático.

Es por la razón antes señalada que de toda la bibliografía citada, sólo nos referiremos explícitamente a algunas de las publicaciones que allí figuran sirviendo las demás como una especie de telón de fondo para nuestro reflexionar.

## **2.- El diagnóstico de los cuadros psiquiátricos atribuibles al estrés**

Los síndromes psiquiátricos asociados a estados tensionales (estrés) son conocidos desde los albores de la psiquiatría (The Lancet, Gersons, Burgess Watson y Hofman, Horowitz, Ettegui) aunque se han sistematizado solamente en los últimos tiempos, después que Selye acuñó el concepto de estrés y que se entró a considerar con más atención los factores psicosociales como causantes de desordenes mentales y físicos.

### **2.1- El síndrome de estrés postraumático (PTSD o SEPT)**

La preocupación por los estados psicológicos consecutivos a los traumas causados por las

situaciones de combate comienzan a preocupar a los psiquiatras desde la primera guerra mundial y en el año 1959 aparece tratado por Kardiner, en el American Handbook of Psychiatry, como neurosis traumáticas de la guerra. Pero es en relación con la guerra del Vietnam que los autores norteamericanos dan relevancia a este desorden psiquiátrico y en la clasificación de los desordenes mentales de la American Psychiatric Association, conocida como DSM, son incorporados como "Posttraumatic Strés Disorders" (PTSD), con sus subtipos de agudo y crónico o retardado. Caracterizan estos estados por los siguientes criterios diagnósticos:

A.- Existencia de un factor productor (stressor) de tensión (estrés) que provocaría síntomas significativos de sufrimiento o aflicción (distrés) en casi todo el mundo.

B.- Revivir del trauma evidenciado por al menos uno de los siguientes indicadores:

- (1) Recuerdos intrusos y recurrentes del acontecimiento.
- (2) Sueños recurrentes del acontecimiento.
- (3) Actuar súbito o sentimiento como si el acontecimiento traumático estuviera ocurriendo nuevamente, debido a una asociación con un estímulo ambiental o ideacional.

C.- Embotamiento de la respuesta o compromiso reducido con el mundo externo, que comienza algún tiempo después del trauma, evidenciado por al menos alguno de los siguientes elementos:

- (1) Notoria disminución del interés por una o más actividades significativas.
- (2) Sentimiento de separación o alejamiento de los demás.
- (3) Afectividad disminuida.

D.- Al menos dos de los siguientes síntomas no presentes antes del trauma:

- (1) Estado de hiperalerta o de respuesta de sobresalto exagerada.

- 
- (2) Alteraciones del sueño.
  - (3) Culpa por haber sobrevivido cuando otros no lo lograron o acerca de las conductas que fueron necesarias para lograrlo.
  - (4) Alteración de la memoria o dificultad para concentrarse.
  - (5) Evitación de las actividades que despiertan recuerdos de los acontecimientos traumáticos.
  - (6) Intensificación de los síntomas por exposición a acontecimientos que simbolizan o se parecen al evento traumático.

Para la diferenciación de los subtipos, establece como punto de corte un criterio de 6 meses para el inicio de los síntomas consecutivos al trauma y de 6 meses para la duración de los mismos.

En la revisión de esta clasificación (DSM III-R) (Brett et al.) se esclarecen algunos síntomas y se reestructuran los criterios diagnósticos. Pero, quizás, los cambios más notorios sean la eliminación de la distinción de subtipos y el planteamiento de la exigencia de que el cuadro esté presente por al menos un mes, para poder tipificarlo de tal, eliminando así los estados transitorios.

Green y col. plantean cambios a esta clasificación en miras a una DSM-IV. Cuestionan los planteamientos etiológicos y hacen ver la necesidad de tomar en consideración las características de los individuos y del medio y no dar tanta trascendencia a las características del trauma; también hacen consideraciones sobre el curso natural de la enfermedad destacando la presencia de periodos de quietud, de síntomas intrusos y de embotamiento, señalando: "Si los síntomas fluctúan a través del tiempo, esto tiene implicaciones para el diagnóstico y la medida del cambio, y se hace altamente relevante el momento temporal en que la evaluación tiene lugar". Igualmente se refieren al problema de la especificidad diagnóstica por cuanto este cuadro comparte síntomas con otras categorías diagnósticas como ser los trastornos angustiosos y fóbicos; además, se presenta el problema del traslapamiento diagnóstico ya que suele presentarse simultáneamente con el diagnóstico de depresiones

graves, de síndromes angustiosos, de dependencia de drogas y alcohol.

Hay autores que insisten en la especificidad del PTSD (Posttraumatic Strés Disorder) o, en castellano, SEPT (Síndrome de Estrés Pos Traumático), señalando que tendría unas características neuro-vegetativas distintas de las de los síndromes depresivos, pero se hace difícil tomar en cuenta esta distinción toda vez que en más del 50% de los casos del SEPT se daría simultáneamente con un cuadro depresivo grave.

El SEPT ha despertado mucha controversia en cuanto a su real existencia como una entidad mórbida aparte o específica, sin embargo parece haber sido de bastante ayuda en la identificación de las consecuencias posibles de las experiencias traumáticas y en la movilización del interés de los clínicos e investigadores por ellas y por la comprensión y el tratamiento de sus víctimas. Pero esto no significa que debamos aceptar incuestionadamente el cuadro clínico y los criterios diagnósticos que nos propone la Asociación Americana de Psiquiatras por lo cual planteamos, a continuación, algunos puntos críticos:

#### 1º.- Características del trauma

Si bien la DSM-III habla de un factor tensional que provocaría una alteración en casi todo el mundo, dando un gran relieve al factor traumático externo y escaso a las características de la persona y a la influencia del medio ambiente, esto ha sido muy discutido y criticado señalándose cada vez más la necesidad de considerar la predisposición individual y los factores ambientales que puedan haber en juego para intensificar o moderar su efecto.

Por otra parte, y dado lo señalado en el párrafo anterior, la mayoría de los trabajos dedicados a la investigación del SEPT se han referido, en general, a situaciones extremas como ser las de los combatientes de guerra en situación de combate, a las que se han añadido los desastres naturales. Sólo últimamente se ha ido ampliando la lista de los estrés que pueden desencadenar este cuadro a situaciones como la de la violación sexual, la tortura, las migraciones y otras.

---

Incluso se ha ido pudiendo establecer que el estímulo específico guarda cierta relación con las características que asume el SEPT.

Es igualmente digno de considerar que se habla demasiado genéricamente del trauma causante pero no se toma debidamente en consideración si éste actúa puntualmente o si lo hace a través del tiempo y por mucho tiempo. Hay así situaciones traumáticas puntuales, de breve duración, que se describen como causantes del cuadro; pero hay otras que indudablemente duran un largo tiempo, a veces meses o años, como es el caso de los soldados norteamericanos de la guerra del Vietnam o de los refugiados de Cambodia o de los migrantes o de las víctimas de campos de concentración.

Por otra parte, no se menciona en los trabajos que hemos tenido a la mano la posibilidad de que estímulos no tan extraordinarios, más bien ordinarios, pero mantenidos a través del tiempo pueden producir cuadros clínicos que tienen todas las características que exige el DSM-III para el diagnóstico del SEPT. Es así como nos ha tocado ver este síndrome en sujetos sometidos en forma permanente a cuestionamiento de su trabajo y a la eventualidad del despido, sin que mediaran traumas puntuales de gran intensidad.

#### 2°.- Relación entre el trauma y el SEPT.

No nos parece convincente el atribuir al trauma ocurrido meses antes la presencia de un SEPT cuando ha habido un largo periodo asintomático, de varios meses, 6 según el DSM-III, para los de aparición retardada. Creemos que, en estos casos, no es causa suficiente el trauma antecedente que se culpa sino que, seguramente, se han añadido otros factores como causas coadyuvantes o complementarias en la causación del cuadro clínico, las que debieran ser exploradas más sistemáticamente antes de atribuirlo en exclusiva al factor de estrés del pasado.

#### 3°.- Duración de la sintomatología por al menos un mes

No es un criterio que nos satisfaga por cuanto el factor tiempo no quita ni añade al cuadro clínico en

sus características esenciales. Además, introduce un sesgo hacia la consideración del cuadro como crónico toda vez que la inmensa mayoría de las personas puede presentar sus síntomas con carácter transitorio, que fue la razón que tuvieron los revisores de la DSM-III para agregar este criterio.

Es lo mismo que nos ocurre respecto a la exigencia de dicha clasificación de una duración de al menos 6 meses de los cuadros clínicos que conforman el síndrome esquizofrenico para considerarlos como esquizofrenia, como si entre los 5 meses y 29 días y los 6 meses se hubiera producido un cambio sustancial en la sintomatología y en el paciente.

Sin embargo, no dejamos de aceptar que la mantención de la sintomatología a través del tiempo es un factor que nos ayuda a convencernos acerca de lo acertado del diagnóstico, pero esto no es esencial sino que nos plantea la problemática a dilucidar acerca de por qué algunos aparecen como reacciones transitorias y otros se consolidan a través del tiempo.

Por otra parte, el criterio temporal nos plantea dificultades para el inicio de la terapia y la evaluación de los resultados del tratamiento. En efecto, si iniciamos el tratamiento a la semana de presentado el cuadro y éste es rápidamente efectivo, se nos dirá que no se trataba de un SEPT o que no lo podemos validar científicamente como exitoso por cuando lo que hemos llamado SEPT no cumplía con los criterios de inclusión del DSM-III, pese a haber sido el cuadro clínico exactamente igual salvo en esta característica.

#### 4°.- Concomitancia con otros diagnósticos clínicos

Se presenta en la gran mayoría de los casos en forma simultánea con otros diagnósticos clínicos, en especial las depresiones y los cuadros angustiosos (de los que el SEPT sería, en cierto modo, un subtipo). Hay autores que sostienen que se trata de la concomitancia de dos enfermedades diferentes pero otros, con una concepción clínica más unitaria, ven los síntomas del SEPT como un subconjunto dentro de un conjunto mayor que es la enfermedad real y unitaria. Además, la mayoría de los síntomas que

---

mejoran con los tratamientos, lo hacen con los que son comunes a otras afecciones: psicoterapia y psicofármacos antidepresivos.

Lo anteriormente señalado hace emerger dudas acerca de la especificidad del cuadro clínico del SEPT, pese a que su conocimiento ayuda a detectarlo clínicamente en las situaciones más variadas, ya sea como subsíndrome ya sea como un cuadro clínico de derecho propio.

## 2.2. Otros cuadros mentales consecutivos al estrés postraumático

### a) Parálisis y afonías histéricas

Nos ha tocado ver con alguna frecuencia estos cuadros clínicos consecutivamente a un trauma a veces sólo psíquico y otras mixto (psico-físico) en los cuales no se han dado las características necesarias para configurar un SEPT.

### b) Síndromes ansioso fóbicos

Los hemos visto en telefonistas como consecuencia de trauma acústico; en choferes de locomoción colectiva después de un accidente o como consecuencia del estrés crónico de su trabajo; en auxiliares de vuelo de líneas aéreas después de un vuelo traumático. En algunos de estos casos han estado presentes algunos síntomas del SEPT pero sin el cuadro completo.

### c) Estados depresivos postraumáticos

En relación con el trauma de la pérdida súbita de un ser querido o con la pérdida inesperada del trabajo.

### c) Otras patologías mentales.

Es posible que las situaciones de estrés desencadenen o pongan en marcha o sean la causa de recaídas en patologías mentales mayores de tipo psicótico.

En efecto, las psicosis reactivas se suelen inscribir en este contexto. También se sabe que en las

psicosis afectivas y en las esquizofrenias, el estrés pueden jugar un papel causal desencadenante.

## 3.- Trauma y patología mental

No todo trauma provoca alteraciones mentales, por intenso que sea. Incluso en los soldados del Vietnam o los del ejército israelí que han estado en situación de combate o en los refugiados de Cambodia o entre las víctimas de desastres naturales, la mayoría no sufre consecutivamente de desordenes mentales.

Esto es concordante con lo que señaláramos más arriba: el trauma por importante y mantenido que sea y aún en situaciones extremas no es suficiente para provocar en todos los expuestos a él la aparición de una alteración psicopatológica. Se requiere de la concomitancia de factores predisponentes en el individuo y de circunstancias ambientales desfavorables para que los cuadros clínicos se presenten. Más aún, son estas últimas circunstancias las que hacen que un modo normal de reaccionar frente a las situaciones traumáticas pueda convertirse en un cuadro clínico con características de enfermedad.

La exploración científica y clínica de los factores causales concomitantes hará que podamos plantear una base adecuada para la prevención de los mismos y un manejo más racional de estos cuadros patológicos.

## 4.- Prevalencia del SEPT

Como es obvio, la prevalencia varía según los autores que se analicen por cuanto no todos emplean los mismos criterios para la identificación de los casos. Además, usualmente se presenta su sintomatología conjuntamente con otra sintomatología que corresponde a otros cuadros clínicos bien tipificadas —lo que muchas veces hace dudar, y con razón, de la existencia del SEPT como un cuadro clínico independiente.

Silver et al. (1990) citan prevalencias que van del 11% (en sobrevivientes de campos de concentración en Cambodia) al 50% (en expuestos a erupción

---

volcánica); Salgado et al. (1990) encuentran 52% en refugiados de guerra; Weisaeth (1989), 80% entre los más expuestos en un desastre industrial; Solomon et al. (1986), 59% en soldados con reacción de estrés por combate contra 16% en los soldados no expuestos al combate; Perry et al. (1991), 35,3% en pacientes quemados; Pitman et al. (1988), 40% en veteranos heridos en el Vietnam; Breslau y Davis (1991), 9,3 % de la población entre los 21 y 30 años de edad inscritos en una gran organización de mantención de la salud; Cottler et al. (1991), 1,35% en población general.

Todo parece indicar que si se busca sistemáticamente el cuadro clínico descrito como SEPT, este tiene una prevalencia que justifica una preocupación por él. Hay que retener, como elemento de comparación, que las psicosis tienen una prevalencia en la población general del 1 a 2%.

#### 5.- El curso natural (evolución espontánea) del síndrome de estrés postraumático

Es indudable que lo que se considere el curso natural del estrés postraumático dependerá de los criterios diagnósticos que se utilicen. Es así que si se exige una duración de la sintomatología de al menos un mes para reconocer el cuadro como tal, se introduce un sesgo que elimina a todos los síndromes con las mismas características pero que han evolucionado favorablemente, remitiendo su sintomatología antes de ese periodo de tiempo.

Por otra parte, si se incluye en este diagnóstico, como lo hacen muchos autores, todos aquellos cuadros que reúnen los criterios sintomáticos del mismo pero que se han iniciado mucho tiempo después de la vivencia estresante (cuadros de inicio retardado), se amplían mucho los criterios de inclusión y seguramente se agregan cuadros de tipo más crónico en los cuales se pueden haber añadido otras circunstancias etiológicas.

También ocurre que muchos de los seguimientos sólo han considerado a aquellos casos en que la subsistencia de la sintomatología ha hecho que recurran a o se mantengan en contacto con servicios

psiquiátricos. No siempre se ha tratado de estudios de seguimiento que sean prospectivos y sigan a través del tiempo una cohorte de pacientes. Esto introduce un sesgo favorable a la cronicidad.

Por otra parte, en base a la literatura revisada, no parece haber existido una gran preocupación por establecer el curso natural de esta entidad clínica.

Teniendo presente lo anteriormente señalado, debemos retener que hay autores que consideran que situaciones traumáticas muy prolongadas, como ser el caso de las víctimas de campos de concentración, tienden a la cronicidad con sintomatología que puede perdurar por años. Pero también se señalan casos en que una situación traumática (desastre natural) puede dejar sintomatología por periodos de tres años o más.

En general, queda la impresión, luego de revisar la literatura relativa al tratamiento, que los cuadros clínicos que cumplen con todas las exigencias de los criterios DSM tienen una tendencia natural de evolucionar hacia la cronicidad.

En nuestra experiencia de atención de pacientes que presentaban el SEPT sin cumplir con la exigencia de evolución de al menos un mes, hemos visto que tiende a la recuperación espontánea si se da el debido reposo o separación de la situación estresante.

#### 6.- Manejo clínico y aspectos terapéuticos

Para el tratamiento del SEPT se ha utilizado prácticamente toda la gama de tratamientos psiquiátricos disponibles: psicoterapia (individual, grupal y familiar), hipnosis, terapia conductual, terapia cognitiva, farmacoterapia (en especial antidepresivos).

Nos parece importante comenzar estas apreciaciones terapéuticas con la indicación del reposo o licencia médica. En general, suele ser siempre necesario separar al paciente del ambiente estresante por un periodo de tiempo que puede ser variable y que, en nuestra experiencia clínica con pacientes de estrés laboral, suele durar de 15 a 30 días. Al indicar el reposo, es conveniente advertir al enfermo acerca de

---

su posible duración y fijarle desde ya la meta del retorno a su trabajo. En el caso de los militares, en la experiencia norteamericana, se señala la conveniencia de tratarlos lo más cerca posible del frente de batalla en que se desempeñaban, en la retaguardia, pero sin un gran alejamiento del mismo, lo que dificultaría la recuperación. Es nuestra experiencia que en muchos casos el reposo es una medida terapéutica suficiente, la que puede ser complementada, si es necesario, con sedantes e hipnóticos por un periodo de tiempo limitado.

Un segundo aspecto a considerar es que cuando hay patología psiquiátrica asociada, que es lo habitual, ésta debe ser tratada con las medidas que correspondan a ella.

Un tercer aspecto a retener es el que señala Friedman (1988) —y que desgraciadamente suele olvidarse en un exagerado afán biologizante y “científico” de algunas corrientes psiquiátricas actuales— cuando dice: “Es rara vez suficiente la sola farmacoterapia para proporcionar una remisión completa del SEPT. El alivio sintomático proporcionado por la medicación facilita la participación del paciente en la psicoterapia individual, conductual o grupal”. Agrega que tampoco debe caerse en el pecado opuesto de no dar fármacos porque interferirían con la psicoterapia al proporcionar un alivio sintomático y señala: “Esta es una vieja controversia —tan vieja como la introducción de los primeros agentes psicotrópicos en la práctica psiquiátrica— y fracasa en el reconocimiento de la investigación que muestra que la psicoterapia y la farmacoterapia son habitualmente tratamientos complementarios”.

En lo que respecta a la farmacoterapia, ésta se basa en el reconocimiento de que: “el trauma es un acontecimiento psicobiológico que no solamente produce efectos psicológicos adversos sino que potencialmente también cambios neurobiológicos a largo plazo en el cerebro” (Solomon et al., 1992). De todos los psico-fármacos que han sido utilizados, los que han sido sometidos a análisis con mejor metodología científica (doble ciego, con uso de placebo como control) han sido los antidepresivos y, dentro de

éstos, más los tricíclicos. Estas drogas se han demostrado ligeramente, pero en forma significativa, superiores al placebo; entre las benzodiazepinas, se ha evaluado el alprazolam con efectos similares.

Respecto de las psicoterapias, se han ensayado todas y con comunicaciones casuísticas que hablan de buenos resultados pero pocas han sido sometidas a análisis científico sistemático. Las terapias conductuales más utilizadas y estudiadas han sido las de desensibilización sistemática y las de inundación (flooding=exposición violenta al estímulo que provoca la angustia), todas las cuales han demostrado efectividad en la reducción de los síntomas nucleares del SEPT pero hay que ser cauto con el uso de la inundación por cuanto se ha informado de graves complicaciones en pacientes que sufren simultáneamente de otro cuadro psiquiátrico. De estas técnicas, hemos utilizado en el ambiente laboral las de desensibilización, dentro de un contexto psicoterapéutico de apoyo y esclarecimiento —con elementos cognitivos que buscan de crear habilidades en el paciente para control de los miedos y temores— con buenos resultados.

En relación con las psicoterapias dinámicas y la hipnosis, estos enfoques también parecen dar resultados promisorios que deberán ser validados científicamente.

Mi enfoque personal de la problemática psiquiátrica me orienta a una perspectiva ecléctica en la cual hago uso de elementos de todas las terapias - biológicas, psíquicas, conductuales, de manejo del medio, etc. - en una mezcla y proporción que está dada por las necesidades del paciente específico y no por una actitud apriorística mía de pertenencia a alguna escuela determinada, de la que estoy libre. Esto tiene más de un arte que se apoya en los conocimientos - científicos, psicológicos, espirituales y otros- y en la experiencia clínica personal, lo que hace difícil su validación pero que estimo el más aconsejable para el manejo de toda la clínica psiquiátrica y que es el que también aplico en el SEPT, con resultados que, en general, estimo como alentadores.

Debemos retener que sólo somos capaces de

mejorar del todo a una proporción mayoritaria de nuestros pacientes y que con el resto debemos establecer una buena relación y contribuir a aliviar sus molestias y ayudarlos a llevar a cabo una vida lo más normal posible.

Finalmente algunas palabras respecto de la rehabilitación: ésta debe ir de la mano y simultáneamente con lo terapéutico y debe ser integral - física, psicológica, espiritual, laboral y social. La rehabilitación apunta a apoyarse en lo que está sano en la persona para suplir lo que está enfermo, y la considero esencial en el tratamiento del SEPT, aunque no la he encontrado analizada en la literatura que he revisado.

#### 6.- Consideraciones preventivas

Es indudable que se pueden llevar a cabo acciones de prevención primaria en esta patología y que ellas deben tender, en lo principal, a dos suertes de medidas.

La primera es identificar, tanto en la vida civil y laboral como en la militar, las situaciones suscepti-

bles de ser fuentes de estrés o traumáticas y corregirlas en la medida que esto sea posible. En el área laboral se ha investigado mucho en relación con el estrés y se han identificado la mayoría de los factores de riesgo (Naveillan, 1992) y se han diseñado y probado enfoques capaces de controlarlos pero, para su aplicación, se requiere crear conciencia en las partes sociales del trabajo, empleadores y trabajadores dependientes. Esto debe ir asociado a medidas de apoyo que permitan el adecuado manejo del estrés.

La segunda es desarrollar en las personas que van a estar expuestas a situaciones de estrés habilidades y actitudes que les permitan enfocarlas sin perder el control de las mismas; es decir, sin que generen situaciones de agobio y sobrecarga emocional y cognitiva.

Para la prevención secundaria —diagnóstico y tratamiento precoz— es necesario conocer el cuadro clínico y buscarlo sistemáticamente en todas las personas expuestas o que han estado expuestas a situaciones estresantes.

### Referencias

#### A.- Textos completos

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)*. 308.30 Post-traumatic Stress Disorder. 236-239. APA, Washington, 1980.

Blake, D.J.: *Treatment of Acute Posttraumatic Stress Disorder with Tricyclic Antidepressants*. *Southern Medical Journal* 79: 201-204, 1986.

Boehnlein J.,K.; Kinzie, J.D.; Ben, R.; Fleck, J.: *One-Year Follow Up Study of Posttraumatic Stress Disorder Among Survivor o Cambodian Concentration Camps*. *Am. J. Psychiatry* 142: 956-959, 1985.

Breslau, N.; Davis, G.C.: *Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults: Risk Factors for Chronicity*. *Am. J. Psychiatry* 149: 671-675, 1992.

Brett, E.A.; Spitzer, R.L.; Williams, J.B.W.: *DSM-III Criteria for Posttraumatic Stress Disorder*. *Am. J. Psychiatry* 145: 1232-1236, 1988.

Burges Watson, I.P.: *Post-traumatic stress disorder (carta)*. *British Journal of Psychiatry* 156: 910-911, 1990.

Burges Watson, I.P.: *Psychiatry and post-traumatic stress disorder (carta)*. *British Journal of Psychiatry* 159:163-164, 1991.

Burgess Watson, I.P.; Hoffman, L.; Wilson, G.V.: *The Neuropsychiatry of Post-traumatic Stress Disorder. British Journal of Psychiatry*, 152:164-173, 1988.

Cervantes, R.C.; Salgado, V.N.; Padilla, A.M.: *Migración y Estrés Postraumático: El caso de los Mexicanos y Centroamericanos en Estados Unidos. Acta psiquiatr. psicol. Amér, lat.* 36: 137-145, 1990.

Cervantes, R.C.; Salgado, V.N.; Padilla, A.M.: *Posttraumatic Stress in Immigrants from Central America and Mexico. Hospital and Community Psychiatry* 40: 615-619, 1989.

Cottler, L.B.; Compton, W.M.; Mager, D.; Spitznagel, E.L.; Janca, A.: *Posttraumatic Stress Disorder Among Substance Users from the General Population. Am. J. Psychiatry* 149: 664-670, 1992.

Davidson, J.; Kudler, H.; Smith, R, et al.: *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder with Amitriptyline and placebo. Arc, Gen. Psychiatry* 47: 259-266, 1990.

Davidson, J.R.T.: *Introduction to Posttraumatic Stress disorder: Recent Advances in Basic Science and Clinical Research ( Co-Chairs: Davidson, J.R.T.; Nemeroff, C.B.). Psychopharmacology Bulletin* 25: 415-416, 1989.

Davidson, J.R.T.; Nemeroff, C.B.: *Pharmacotherapy in Posttraumatic Stress Disorder: Historical and clinical Considerations and Future Directions. Psychopharmacology Bulletin* 25: 422-425, 1989.

Ettegui, E.; Briges, M.: *Posttraumatic Stress Disorder. Psychiatric Clinics of North America.* 8: 89-103, 1985.

Feinstein, A.: *Posttraumatic Stress Disorder: A Descriptive Study Supporting DSM-III-R Criteria. Am. J. Psychiatry* 146: 665-666, 1989.

Friedman, M.J.: *Toward Rational Pharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder: An Interim Report. Am. J. Psychiatry* 145: 281-285, 1988.

Gersons, P.R.; Carlier, V.E.: *Post-traumatic Stress Disorder: The History of a Recent Concept. British Journal of Psychiatry*, 161, 742-748, 1992.

Green, B.L.; Lindy, J.D.; Grace, M.C.: *Posttraumatic Stress disorder. Toward DSM-IV. The Journal of Nervous and Mental Diseases* 173: 406-411, 1985.

Grigsby, J.P.: *The Use of Imagery in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. J. of Nervous and Mental Diseases* 175: 55-59, 1987.

Horowitz, M.J.: *Stress-Response Syndromes: A Review of Posttraumatics and Adjustment Disorders. Hospital and Community Psychiatry*, 37: 241-249, 1986.

Hytlen, K.; Herlofson, P.: *Accident Simulation as a New Therapy Technique for Post-traumatic Stress Disorder. Acta psiquiatr. scan. Suppl* 355, 80: 79-83, 1989.

Junco-Muñoz, P.; García, J.; Alvarez, G.; et al. *Estrés Postraumático en Población Expuesta a Desastre Industrial. Trabajo presentado en 1991 para su publicación en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.*

Kardiner, A.: *Traumatic Neurosis of War. In Arieti, S.: American Handbook of Psychiatry. Basic Books, New York, 1959.*

Kennedy, J.: *Post-traumatic stress disorder (carta). British Journal of Psychiatry* 155:129, 1989.

Kinzie, J.D.; Fredrickson, R.H.; Ben, R.; Fleck, R.N.; Karls, W.: *Posttraumatic Stress Disorder Among Survivors of Cambodian Concentration Camps, Am. J. Psychiatry*, 141: 645-650, 1984.

Kinzie, J.D.; Leung, P.: *Clonidine in Cambodian Patients with Posttraumatic Stress Disorder. J. of Nervous and Mental Diseases* 177: 546-550, 1980.

Kolk, B.A. van der: *Psychopharmacological Issues in Posttraumatic Stress Disorder. Hospital and Community Psychiatry* 34: 683-691, 1983

Kolk, B.A. van der; Greenberg, M.S.; Orr, S.R.; Pitman, R.K.: *Endogenous Opioids, Stress Induced Analgesia, and Posttraumatic Stress Disorder. Psychopharmacology Bulletin* 25: 417-421, 1989.

Kosten, T.R.; Frank, J.B.; Dan, E.; McDougle, C. J.; Giller, E.L.: *Pharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder Using Phenezine or Imipramine. J. of Nervous and Mental Diseases* 179: 366-370, 1991. \*

Laufer, R.S.; Brett, E.; Gallops, M.S.: *Dimensions of Posttraumatic Stress Disorder among Vietnam Veterans. The Journal of Nervous and Mental Diseases* 173: 538-545, 1985.

Laufer, R.S.; Brett, E.; Gallops, M.S.; Phil, M. : *Symptom Patterns Associated With Posttraumatic Stress Disorder Among Vietnam Veterans Exposed to War Trauma. Am. J. Psychiatry* 142: 1304-1311, 1985.

Lerer, B.; Bleich, A.; Kotler, M. et al.: *Posttraumatic Stress Disorder in Israeli Combat Veterans. Arch. Gen. Psychiatry* 44: 976-981, 1987.

MacFarlane, A.C.: *The Phenomenology of Posttraumatic Stress Disorder following a Natural Disaster. J. of Nervous and Mental Diseases* 176: 22-29, 1988.

MacFarlane, A.C.: *The Longitudinal Course of Posttraumatic Morbidity: The Range of Outcomes and Their Predictors. J. of Nervous and Mental Diseases* 176: 30-39, 1988.

MacFarlane, A.C.: *Post-traumatic stress disorder (carta). British Journal of Psychiatry* 157: 782-783, 1990.

MacFarlane, A.C.: *Avoidance and Intrusion in Posttraumatic Stress Disorder. J. of Nervous and Mental Diseases* 180: 439-445, 1992.

McNally, R.J.; Lukach, B.M.: *Are Panic Attacks Traumatic Stressors?: Am. J. Psychiatry* 149: 824-826, 1992.

Mendelson, G.: *Post-traumatic Stress Disorder (carta). The Lancet, August 24, 2 (8452): 452, 1985.*

Naveillan, P.: *Hombre, trabajo y salud mental ocupacional. Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Vol 3 N° 2, 1992.*

O'Brien, L.S.; Hughes, S.J.: *Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Falklands Veterans Five Years After the Conflict. British Journal of Psychiatry* 159: 135-41, 1991.

Perry, S.; Difede, J.; Musngi, G.; Frances, A.J.; Jacobsberg, L.: *Predictors of Posttraumatic Stress Disorder After Burn Injury. Am. J. Psychiatry* 149: 931-935, 1992.

Pitman, R.K.; Altman, B.; Greenwald, E. et al.: *Psychiatric Complications During Flooding Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. J. Clin. Psychiatry* 52: 17-20, 1991.

Pitman, R.K.; Altman, B.; Macklin, M.L.: *Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Wounded Vietnam Veterans. Am. J. Psychiatry* 146: 667-669, 1989.

Pitman, R.K.; Orr, P.S.; Steketee, G.S.: *Psychophysiological Investigations of Posttraumatic Stress Disorder Imagery. Psychopharmacology Bulletin* 25: 426-431, 1989.

Reist, C.R.; Kauffmann, C.D.; Haier, R.J. et al.: A Controlled Trial of Desipramine in 18 Men with Posttraumatic Stress Disorder. *Am. J. Psychiatry* 146: 513-516, 1989.

Resnick, H.S.; Kilpatrick, D.G.; Best, C.L.; Kramer, T.L.: Vulnerability-Stress Factors in Development of Posttraumatic Stress Disorder. *J. of Nervous and Mental Diseases* 180: 424-430, 1992.

Reynolds, C.F.: Sleep Disturbance in Posttraumatic Stress Disorder: Pathogenic or Epiphenomenal?. *Am. J. Psychiatry* 146: 6, 1989.

Ross, J.R.; Ball, W.A.; Sullivan, K.A.; Caroff, S.N.: Sleep disturbance as the Hallmark of Posttraumatic Stress Disorder. *Am. J. Psychiatry* 146:6, 1989.

Sierles, F.S.; Chen J.; McFarland, R.E.; Taylor, M.A.: Posttraumatic Stress Disorder and Concurrent Psychiatric Illness: A Preliminary Report. *Am. J. Psychiatry* 140: 1177-1179, 1983.

Silver, J.M.; Sandberg, D.P.; Hales, R.E.: New Approaches in the Pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder. *J. Clin. Psychiatry* 51: 33-38, 1990.

Solomon, S.D.; Gerrity, E.; Muff, A.M.: Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *JAMA* 268: 633-638, 1992.

Solomon, Z.; Mikulincer, M.: Combat Stress Reactions, Posttraumatic Stress Disorder, and Social Adjustment. A Study of Israeli Veterans. *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 175: 277-285, 1987.

Solomon, Z.; Weisenberg, M.; Schwarzwald, J.; Mikulincer, M.: Posttraumatic Stress Disorder Among Frontline Soldiers with Combat Stress Reaction: The 1982 Israeli Experience. *Am. J. Psychiatry* 144: 448-454, 1987.

Sonnenberg, S.M.: Victims of Violence and Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 11: 581-590, 1988.

Spiegel, D.; Cardena, E.: New Uses of Hypnosis in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *J. Clin. Psychiatry* 51: 39-46.

*The Lancet* (Editorial): Post-traumatic Stress disorder. March 9, 1 (8428):562, 1985.

Van Putten, T.; Yager, J.: Posttraumatic Stress Disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 41: 411-413, 1984.

Vaughan, R.; Tarrier, N.: The Use of Image Habituation Training with Post-traumatic Stress Disorders. *British Journal of Psychiatry* 161: 658-664, 1992.

Weisaeth, L.: The stressors and the post-traumatic stress syndrome after an industrial disaster. *Acta psychiatr. scand. Suppl* 355, 80: 25-37, 1989.

White, A.C.: Post-traumatic stress (carta). *British Journal of Psychiatry* 154: 886, 1989.

#### B.- Resúmenes

Boehnlein, J.K.; Kinzie, J.D.; Ben, R.; Fleck, J.: One Year Follow-up Study of Posttraumatic Stress disorder among survivors of Cambodian Concentration Camps. *Am. J. Psychiatry* 142: 956-959, 1985.

Braun, P.; Greenberg, D.; Dasberg, H.; Lerer, B.: Core Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Unimproved by Alprazolam Treatment. *J. Clin. Psychiat.* 51: 236-238, 1990.

Falcon, S.; Ryan, C.; Chamberlain, K.; Curtis, G.: Tricyclics: Possible Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *J. Clin. Psychiatry* 46:385-388, 1985.

Grigsby, J.P.: *The Use of Imagery in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 175: 55-59, 1987.

Grunert, B.K.; Matloub, H.S.; Sanger, J.R.; Yousif, N.J.: *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder after Work-related Hand Trauma*. *J. Hand Surg. Am.*: 15:511-515, 1990.

Hendin, H.: *Psychotherapy for Vietnam Veterans with Posttraumatic Stress Disorders*. *Am. J. Psychother.* 37:86-99, 1983.

Hryvniak, M.R.; Rosse, R.B.: *Concurrent Psychiatric Illness in Patients with Post-traumatic Stress Disorder*. *Mil. Med.* 154: 399-401, 1989.

Jellinek, J.M.; Williams, t.: *Post-traumatic Stress Disorder and Substance abuse in Vietnam Combat Veterans: treatment problems, strategies and recommendations*. *J. Subst. Abuse Treat.* 1: 87-97, 1984.

Kolk, van der, B.; Greenberg, M.; Boyd, H.; Krystal, J.: *Inescapable Shock, Neurotransmitters, and Addiction to Trauma: Toward a Psychobiology of Post-traumatic Stress*. *Biol. Psychiatry* 20:514-325, 1985.

Muse, M.: *Stress-related, Posttraumatic Chronic Pain Syndrome: Behavioral Treatment Approach*. *Pain* 25:389-394, 1986.

Muss, D.C.: *A new Technique for Treating Post-traumatic Stress Disorder*. *Br. J. Clin. Psychol.* 30:91-92, 1991.

Nolen Hoeksema, S.; Morrow, J.: *A Prospective Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms after a Natural Disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake*. *J. Pers. Soc. Psychol.* 61:115-121, 1991.

North, C.S.; Smith, E.M.: *Post-traumatic stress disorder in Disaster Survivors*. *Comp. Ther.* 16:3-9, 1990.

Patterson, D.R.; Carrigan, L.; Questad, K.A.; Robinson, R.: *Post-traumatic Stress Disorder in Hospitalized Patients with Burn Injuries*. *J. Burn Care Rehabil.* 11:181-184, 1990.

Peebles, M.J.: *Through a Glass Darkly: the Psychanalytic use of Hypnosis with Post-traumatic Stress Disorder*. *Int. J. Clin. Exp. Hyp.* 37:292-206, 1989.

Ramchandani, D.: *Distinguishing Features of Delayed-onset Posttraumatic Stress Disorder*. *Bull. Menninger Clinic* 54: 247-254, 1990.

Ramsay, R.: *Invited Review: Post-traumatic Stress Disorder: A New Clinical Entity?*. *J. Psychosom. Res.* 34:355-365, 1990.

Schnitt, J.M.; Nocks, J.J.: *Alcoholism Treatment of Vietnam Veterans with Post-traumatic Stress Disorder*. *J. Subst. Abuse Treat.* 1: 179-189, 1984.

Silver, S.M.; Iacono, C.U.: *Factor-analytic Support for DSM-III's Post-traumatic Stress Disorder for Vietnam Veterans*. *J. Clin. Psychol.* 40:5-14, 1984.

Solomon, S.D.; Canino, G.J.: *Appropriateness of DSM-III-R Criteria for Posttraumatic Stress Disorder*. *Comp. Psychiatry* 31:227-37, 1990.

Tapia, R.C.; Sepúlveda, J.; Medina, M.E.; Caraveo, J.; De la Fuente, J.: *Prevalencia del Síndrome de Stress Postraumático en la Población Sobreviviente de un Desastre Industrial*. *Salud Pública Méx.* 29: 406-411, 1987.