

Catástrofe, víctimas y trastornos: Hacia una definición en psicología

Silvia Rosa Sigales Ruiz*

Universidad de Colima (México)

Resumen: En este trabajo se lleva a cabo una revisión de las nociones y conceptos que nos permitan definir desde la psicología a una catástrofe como un agente agresor causante de psico-traumatismos. Así mismo se identifican los diversos niveles de implicación de una víctima, para luego hacer una breve revisión nosográfica que nos permita distinguir las secuelas post-traumáticas resultadas de este tipo de situaciones extremas.

Palabras clave: Neurosis traumática; trastornos por estrés post-traumático; síndromes psicotraumáticos; traumatismos; víctima; catástrofe.

Title: Catastrophe, Victims and Consequences: Toward a psychological definition.

Abstract: In this paper a review is done about the definitions and concepts of catastrophes as agents that cause psychological trauma. Also, the different degrees of implication for a victim will be identified. Then, we will appeal to a nosographic revision in order to distinguish the post-traumatic effects which can be explicated by these extreme situations.

Key words: Traumatic neurosis; post-traumatic stress disorder; psycho-traumatic syndromes; traumatism; victim; catastrophe.

Introducción

En la actualidad, cuando una población es sacudida por un evento de excepción, para determinar y cuantificar sus causas y sus efectos existen organismos que realizan peritajes que ayudan a evaluar la magnitud de los daños materiales para definir y clasificar el tipo de evento del que se trata. Así mismo, los organismos de ayuda e intervención humanitaria definen a un evento de excepción según el tipo de lesiones, heridas y pérdidas humanas. En el lenguaje cotidiano, un evento de excepción se identifica como una catástrofe, un desastre o una hecatombe, ya sea natural o industrial, que genera daños y pérdidas irreparables. En este sentido, numerosas son las disciplinas que intervienen para definir a una catástrofe según sus consecuencias en la salud, bioquímicas, sociales, financieras, en el medio ambiente, etc. Por nuestra parte, por sus efectos post-traumáticos, consideramos de importancia definir desde la psicología a una catástrofe para comprender las secuelas que éstas pueden generar en las poblaciones que las padecen.

Catástrofes: Definición

Para comprender las secuelas psicológicas consecutivas a una catástrofe es necesario definir al evento mismo más allá de su connotación palpable de caos y destrucción. Las primeras contribuciones en este sentido fueron aportadas por la medicina de catástrofes en la década de los 80s, en donde se observó que una catástrofe podía ser considerada como un “acontecimiento de excepción que agrede la estabilidad emocional, psicológica y material del individuo”. En esta perspectiva de *agresión psicológica y emocional*, nos interesa aproximarnos hacia una definición de catástrofe en psicología que nos permita identificar los trastornos psicológicos que de es-

te tipo de acontecimientos pueden resultar. Para tal efecto, nos parece necesario partir del origen mismo de la noción de *catástrofe*.

Noción general de catástrofe

La palabra *catástrofe* tiene su raíz etimológica en el griego *Katastrophé* (Sancho, 1997; Baillo, 1950) proviene de la palabra *καταστροφή*, tornar en sentido arriba, abajo; retornar: *obs.* retornar el suelo con el arado con la idea de fuerza o violencia; convulsión, demoler, destruir (una ciudad, los muros etc.), destruir suburbios, estatuas con un regimiento de personas. *Katastrophé* (*καταστροφή*): (I) inversión, convulsión, sometimiento, conquista. (II) desenlace, fin, fin de la vida, muerte, el fin en un drama.

También del latín *catastrophā* (Gaffiot, 1975): vuelta de fortuna, peripecia (en el teatro), movimiento de conversión, ruina, desorden, desenlace dramático. Derivada de la palabra “*χαταστρέφειν*” acaecida, destruir y de la palabra “*στρέφειν*” desvío.

Actualmente el término *catástrofe* se utiliza para definir:

“Una desgracia aterradora y violenta (sacudida, calamidad, cataclismo, golpe, desastre, drama, ruina, infortunio). Acontecimiento terrible ⇒ correr de la catástrofe, evitar la catástrofe; desastre, drama accidente, siniestro que causa la muerte de numerosas personas, catástrofe aérea, catástrofe natural”. (Diccionario *Le Robert*; Rey y Rey, 1998).

Sin embargo existen varias nociones asociadas a la definición de *catástrofe*, que están vinculadas al evento mismo o a su causa (Dubois, 1975):

- *Accidente*: Evento imprevisto y repentino sucedido por un hecho o con ocasión de un trabajo y que provoca en el organismo una lesión o un trastorno funcional permanente o pasajero.
- *Calamidad*: Gran desgracia pública; el hambre, la guerra, las epidemias son algunas calamidades.

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Silvia Rosa Sigales Ruiz. Facultad de Psicología de la Universidad de Colima. Av. Universidad N° 333. Col. Las Víboras. Colima Col. C.P. 28040 México. E-mail: ssigales@ucol.mx

- *Cataclismo*: Estremecimiento de la superficie del globo terrestre por sismos, diluvios; del griego «*kataklusmos*», *inundación*.
- *Desastre*: Evento funesto, desgracia muy grave y por extensión pérdidas o ruina, que de ellas resultan. Desastre que sacude a una familia, un país.
- *Plaga*: Toda aquella calamidad que fustiga a un pueblo, las plagas de la guerra, de la peste. Las plagas de la naturaleza: avalancha, inundación. Plagas sociales; alcoholismo, drogadicción, etc.
- *Siniestro*: Que hace temer una desgracia, una catástrofe funesta, mala, amenazante. Augurio, presagio siniestro. Evento catastrófico natural, que ocasiona daños y pérdidas (incendios, inundaciones, naufragios, sismos, etc.).

En el lenguaje común, éstas son las distintas nociones que se emplean para designar un evento o situación grave de efectos colectivos de origen natural o artificial. En la medicina de catástrofes, los especialistas definen una catástrofe como “un acontecimiento perjudicial para la colectividad humana que lo sufre” (Noto, Hunguenard y Larcán, 1987). Las características que hacen de una catástrofe un acontecimiento perjudicial son: 1) su carácter de colectivo, 2) la noción de brutalidad y repentino, 3) la noción de acontecimiento inhabitual, 4) la noción de daño y destrucción colectiva. Crocq (1987), añade la noción de perturbación social, que no es otra cosa que “la alteración de los sistemas sociales funcionales, causada por la catástrofe”.

Por sus efectos devastadores, una catástrofe puede ser considerada como una *situación extrema*, ya que somete a las sociedades y a los individuos que la componen a un estado de urgencia. En efecto, cuando una parte de la sociedad sufre un daño severo, así como la pérdida de un porcentaje de su población, ya se habla de un estado de urgencia y la estructura social y administrativa queda seriamente dañada en su funcionamiento, impidiendo la realización de sus actividades esenciales. En el Diccionario del medio ambiente del Instituto COMUVIR se indica que “en un estado de urgencia, la población esta sumida en el desamparo y necesita protección, comida, prendas de vestir, refugios, asistencia médica, servicio social y de cualquier otra ayuda indispensable para la sobrevivencia”. Así, la catástrofe como *situación extrema* deja al individuo en circunstancias de potencial emocional intenso que le exige una respuesta de adaptación (Rivolier, 1992); es decir, un ajuste que el individuo vive como excesivo para sus capacidades de afrontamiento.

Esta interacción entre (a) una *demanda* que no es otra cosa que una evaluación personal de la situación y (b) la *capacidad de enfrentarla*, van a constituir precisamente lo que varios autores llaman el *estrés*. Para Noto (1989), la aparición de una catástrofe, cualquiera que sea su amplitud, va a implicar un “*estrés circunstancial*” en un gran número de individuos. Las situaciones extremas o de excepción están constituidas por un doble potencial de estrés: Por una parte, de un “*estrés primario*” inherente a las consecuencias inmediatas del siniestro (este estrés primario será la característica principal entre la

población siniestrada). Y, por otra parte, de un “*estrés secundario*”, vinculado a las acciones que conviene emprender y que se observará principalmente entre los distintos cuerpos de rescate. De esta manera las repercusiones del estrés se manifestarán ya sea inmediatamente o en las horas y los días que siguen. Estas consecuencias serán padecidas por el individuo en forma individual y después por toda la población afectada. Para Noto, el estrés puede experimentarse a varios niveles, según la población vinculada al contexto.

Las situaciones extremas tienen formas variadas. No pretenderemos ser exhaustivos ni dar cuenta de toda su complejidad; nuestro interés principal es referir la existencia o no de constantes en la dinámica de estas situaciones con el fin de definir distintas reacciones que ponen en juego formas particulares de adaptación o no-adaptación, las cuales constituyen una manera de supervivencia. De manera que si tenemos en cuenta la magnitud de la catástrofe, así como los recursos cognitivos de los cuales dispone la persona para enfrentarla, este tipo de situación extrema puede llegar a ser experimentada como un *agente agresor*, ya que amenaza la estabilidad del individuo.

La catástrofe como un agente agresor: Causa de psico-traumatismos

Para Rivolier (1994), la agresión que causa una catástrofe va a adquirir toda su importancia en la medida en que el individuo permanezca inmerso en una situación que lo sumerge más allá de su propia comprensión y preparación psíquica y emocional, causante de un traumatismo ligado al sufrimiento. En este sentido, es posible que la catástrofe pueda ser tenida en cuenta como un evento de fuerte potencial traumático. Por su parte Crocq (1999), señala que una catástrofe puede ser considerada como un evento traumático al ser un acontecimiento que ocurre una vez, en una fecha y en un lugar determinado, en la historia de una persona o de una sociedad. Así, por su significado y sus consecuencias, interpreta el resto de lo que pasó y de lo que ocurrirá en el curso de su historia.

La catástrofe, como *agente agresor*, someterá al aparato psíquico a un conflicto. En esta experiencia la persona pondrá en juego distintas reacciones que darán lugar a un proceso cognitivo-comportamental. Este proceso permitirá que, en función de sus recursos (materiales, intelectuales, físicos, psíquicos y emocionales), el individuo pueda tener una respuesta más o menos adaptada. En efecto, en la medida en la que la persona disponga o no de los recursos necesarios para enfrentar la catástrofe, esta confrontación podrá ser en un momento determinado, la causa de un traumatismo psíquico, entendiéndose que el traumatismo será la “*no-respuesta del psiquismo al agente agresor*”.

Etimología del término "traumatismo": Concepto del traumatismo psíquico

La palabra *traumatismo* viene del griego "trauma", que significa "herida"; el adjetivo *traumático* viene del griego "traumatikos", que significa "relativo al trauma", y el verbo traumatizar, viene del verbo griego "traumatidzo", que quiere decir "herir". Este término ha sido utilizado por la medicina para definir "al conjunto de las lesiones del recubrimiento cutáneo sobre un tejido, un órgano o un segmento de un miembro, causadas accidentalmente por un agente exterior". En psicología se retomó el vocablo de traumatismo para identificar al *traumatismo psíquico* como "la transmisión de un choque psíquico ejercido por agentes externos sobre el psiquismo, causante de modificaciones psicopatológicas". Sin embargo, pese a esta analogía del término entre la medicina y la psicología, el traumatismo psíquico no queda definido. En efecto, la noción de *traumatismo psíquico* fue el objeto de múltiples investigaciones en torno al concepto de la neurosis traumática (Oppenheim, Charcot, Kraepelin, Freud). Estas investigaciones se refirieron en particular a los mecanismos psíquicos desencadenados por un acontecimiento traumatizante.

La neurosis traumática no tiene un estatus autónomo, ya que ella se encuentra en el seno de las neurosis; no obstante se trata de una reagrupación de síndromes particulares. Se circunscribe a una reorganización de la personalidad de tipo narcisista regresiva, se precisa a través de sus síntomas específicos y por un determinado tipo de personalidad subyacente que produce y perpetúa los síntomas. Su cuadro clínico está caracterizado por la presencia del *Síndrome de Repetición* patognomónico a través del cual la persona revive el traumatismo inicial con síntomas específicos y desórdenes psicósomáticos.

Crocq (1992) define a la neurosis traumática como "los estados neuróticos organizados y duraderos, causados por un traumatismo psíquico o una experiencia que desborda las defensas psíquicas del individuo por una afluencia de excitaciones violentas y urgentes que no puede controlar". Estos *estados neuróticos* darán lugar a un conjunto de manifestaciones clínicas repetidas a intervalos variables y por los cuales el individuo tiene la impresión de revivir la escena traumática inicial dando lugar al síndrome de reviviscencia involuntario y repetitivo, mejor conocido bajo el nombre de *síndrome de repetición*. Este síndrome será patognomónico de la neurosis traumática de los trastornos por estrés post-traumático (TEPT) y los síndromes psicotraumáticos que revisaremos más tarde.

Víctimas de catástrofes

La población que sufre el drama de una catástrofe, puede quedar implicada en varios niveles, definir una víctima en un tal contexto obliga a reflexiones muy profundas debido a la complejidad de las circunstancias. Sin embargo en la actualidad, la victimología se desarrolla cada vez más como una

nueva disciplina destinada a identificar, clasificar y definir a una víctima en varios ámbitos de intervención: médico, jurídico, psicológico, económico, etc.

Definición de víctima

La palabra *víctima* viene del griego τὰίερά, *ofrenda para un sacrificio*, y del latín *víctima*, *animal destinado al sacrificio*.

El diccionario *Le Robert* (Rey y Rey, 1998), define a la *víctima* como:

- La persona que sufre el odio, los tormentos, las injusticias de alguien.
- La persona que sufre las consecuencias de las maniobras de otra o de las cosas o de acontecimientos nefastos.
- La víctima de guerra que sufre daños, guerra, empresa, víctima de la crisis, de la competencia.
- Ser víctima de una agresión, de una violación, de un robo, de cartas anónimas, de un menosprecio.
- Una persona arbitrariamente condenada a muerte, las víctimas del terror, del nazismo.
- Una persona torturada, violentamente asesinada.
- Una persona que muere tras una enfermedad, de un accidente, de una catástrofe.

El concepto de víctima está siempre vinculado a un daño sufrido por un individuo causado por agentes externos. En un sentido más estricto, Mendelsohn (1976), define como víctima a una persona que se sitúa individualmente o que forma parte de una colectividad, que sufrirá las consecuencias dolorosas determinadas por factores de distintos orígenes: físicos, psicológicos, económicos, políticos, sociales y también naturales (catástrofes). Por su parte, Filizzola y López (1995), retoman a R. Boudon para definir a la víctima como un individuo que sufrió un daño en su integridad personal por un agente externo evidente para sí mismo y para el cuerpo social.

Entre las definiciones más recientes de víctima, se encuentran cuatro, propuestas por Audet y Katz (1999):

- *Ser vivo ofrecido en sacrificio a los Dioses*: La víctima propiciatoria puesta a muerte para volver propicias las potencias sobrenaturales, o la víctima expiatoria, sacrificada con el fin de aliviar la cólera celestial.
- *Persona que sufre de las maniobras de otro*: Se trata de las víctimas de infracciones penales, crímenes y delitos; violencias sexuales, presiones psicológicas etc..
- *Persona muerta o herida*: se trata de las personas que vivieron situaciones fortuitas o accidentales (catástrofes naturales, accidentes de los medios de transporte).
- *Definición en victimología*: Se llama víctima a toda persona quien sufre un daño, cuya existencia se reconoce por otra y de la cual no es siempre consciente.

Estos autores ponen de relieve seis elementos que hacen referencia a una identificación más amplia y más precisa de la noción de víctima:

- *Persona*: puede tratarse de una persona física o jurídica;

- *Sometido*: ser el objeto sobre el cual se ejerce una acción, un poder que no se quiso, con la idea de aguantar, de probar, de sufrir;
- *Daño*: término referido a *perjuicio* demasiado judicial, a lesión demasiado médico, o a culpa demasiado general;
- *Reconocido*: en el sentido de ser definido como tal;
- *Otro*: el reconocimiento por la víctima no es ni necesario ni suficiente, el reconocimiento del “*otro*” es primordial;
- *No siempre consciente*: ya que la idea de que la persona debiera ser consciente de su daño, eliminaría a muchas víctimas.

En estas nociones para definir a la víctima encontramos siempre que se trata de una persona que ha vivido un daño visible sufrido directamente. Sin embargo en el caso que nos compete, para definir a las víctimas de una catástrofe, nos

parece importante identificar a la población siniestrada. Para tal efecto es conveniente identificar a los protagonistas de tales dramas.

Los protagonistas de una catástrofe

Diversas son las esferas en las que una sociedad queda confrontada a una catástrofe. La movilización social se hace siempre en función de las necesidades de rescate. La medicina de catástrofes identifica a los responsables de las labores de rescate y a la población siniestrada como principales protagonistas (Figura 1). Esta identificación ha sido posible gracias a la observación de las reacciones de estrés y de pánico identificadas durante el estado de urgencia.

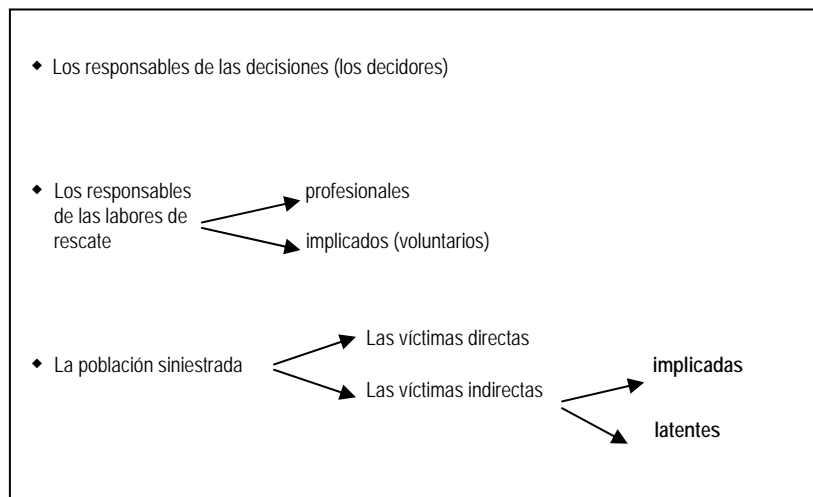


Figura 1: Actores.

En la década de los 80 en Francia, la medicina de catástrofes comienza a dirigir su interés hacia las secuelas producidas por el estrés ligado a una catástrofe. Sin embargo, la mayor parte de sus estudios dirigieron su atención hacia el estrés experimentado por el cuerpo operativo de las labores de rescate. Por otra parte, las inundaciones ocurridas en Canadá y Francia en la década de los 90, despertaron un gran interés en el estudio de las reacciones de estrés en las *víctimas directas* y las secuelas consecutivas en la manifestación de trastornos post-traumáticos. Por nuestra parte, después de dos catástrofes consecutivas que sacudieran a la ciudad de México (catástrofe industrial de 1984 –ver Sigales (2006)– y los sismos de 1985), nuestro interés se inclinó hacia las alteraciones psicológicas de las *víctimas indirectas*, particularmente, en los trastornos de las víctimas que hemos identificado como *víctimas latentes*.

Estos estudios nos permiten observar que entre los responsables de las labores de rescate y la población siniestrada, las reacciones de estrés son diferentes. En este sentido, se puede afirmar que las causas de estrés no son las mismas para las *víctimas directas* que para las *víctimas indirectas*, así como

para los responsables de las decisiones y los responsables de las labores de rescate. Por ejemplo, en el caso de los rescatistas y los responsables de las decisiones, el estrés está vinculado a una reacción de hiper-actividad, es decir, sometidos a un estrés relacionado con la toma de decisiones. En cuanto a las *víctimas directas*, la causa de estrés tiene un vínculo directo con las posibilidades de salvar o no su vida y la de los suyos (padres, hijos, hermanos), con sus heridas y sus secuelas (quemaduras, intoxicaciones, lesiones físicas, etc.), pero también con el sufrimiento que viven y la incertidumbre del futuro que está relacionado con la pérdida de sus bienes materiales, casa, trabajo, etc., así como a las posibilidades de recuperación de sus lesiones (fracturas óseas, mutilaciones físicas, lesiones que imposibiliten la vida productiva o de reproducción del individuo).

En cuanto a las *víctimas indirectas*, es necesario precisar que se trata en la mayoría de los casos de la población superviviente calificada como *indemne*. Sin embargo, aunque esta población haya salido *indemne* en el ámbito material y físico, la población sufre un verdadero traumatismo psíquico

vinculado a las consecuencias inmediatas o secundarias del impacto con el *agente agresor*.

Para Crocq (1992, 1994), los protagonistas de tales dramas van a ser primeramente las *víctimas directas* es decir, los heridos; consecutivamente las *víctimas indirectas*, en donde podemos considerar a la población superviviente como *víctima implicada*, por la pérdida parcial de sus bienes materiales o pérdidas humanas (lejanas a su contexto familiar). Para Noto (1987), la población siniestrada de una catástrofe queda implicada como víctima desde el momento en que sufre daños parciales en su hábitat (casa, muebles, automóvil etc.), o también por la pérdida de su empleo. Esta doble pérdida obliga a la persona a cambiar no solamente de domicilio, sino además -en el mejor de los casos- de empleo; en consecuencia, el individuo queda confrontado a toda una serie de exigencias de supervivencia que lo obligan a adaptarse a su nueva condición de vida. Por nuestra parte, esta implicación puede ser también afectiva; en efecto, en la mayor parte de los casos, los siniestrados quedan implicados por la desaparición de sus seres queridos. Esta implicación tiene que ver con el sufrimiento que vive la persona ante la incertidumbre de la pérdida de sus familiares, amigos etc. En estos casos, la muerte juega un rol importante ya que puede ser vivida como un *traumatismo psíquico* ante la imposibilidad de elaborar el duelo de la pérdida. En consecuencia, el individuo se debate entre un sentimiento de duda pero también de esperanza en donde la angustia y la ansiedad son el concomitante principal del estrés.

En el caso de un terremoto, por ejemplo, la muerte se percibe como un traumatismo psíquico, ya que el efecto de desaparición del ser querido se vive aún peor, que el de la muerte misma. Ante esta evidencia, en los países anglosajones y nórdicos, desde 1995, se ha introducido el término de *víctimas psíquicas indirectas*, en las células de atención. A partir de esta noción se puede establecer una categoría más de víctimas, se trata de las *víctimas latentes* (Crocq, 1994).

Entre las víctimas psíquicas indirectas existen las víctimas consideradas como *víctimas latentes*. Este término puede utilizarse para designar a las víctimas que durante la catástrofe sufrieron el *impacto emocional* del *agente agresor*. En este tipo de población no se puede incluir, ni las *víctimas directas*, ni las *víctimas implicadas*, ya que son personas que no sufrieron ningún daño directo (heridas, mutilaciones, etc.), ni pérdidas materiales, ni de seres queridos, pero que han sido confrontadas al riesgo de perder su vida o la de los suyos, así como al riesgo de perder sus bienes y cuyo comportamiento colectivo es inadecuado. De esta forma, las reacciones de *conmoción-inhibición-estupor* y el pánico colectivo, serán la causa del agente de estrés real o imaginario. Un estudio longitudinal (Sigales, 2002, 2006) ha demostrado que las *víctimas latentes* desarrollan estados patológicos ligados a la neurosis traumática o a síndromes post-traumáticos susceptibles de alterar el

equilibrio psicosocial, de las sociedades que han sobrevivido a una catástrofe.

Consecuencias biopsico-sociales de una catástrofe

Para evaluar los trastornos psicológicos derivados de una catástrofe se hace necesario revisar las principales medidas de evaluación que nos permitan identificar los síntomas consecutivos a la confrontación de este tipo de *agentes agresores*. Las primeras clasificaciones nosográficas de referencia han sido la neurosis de histeria, la neurosis de guerra y la neurosis traumática. Actualmente entre las medidas de diagnóstico más importantes se encuentran el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (D.S.M.), la *Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales* (CIM-10), la *Neurosis traumática* y los *Síndromes psicotraumáticos*.

Las medidas de diagnóstico internacionales como el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (D.S.M.), identifican a los estados psíquicos consecutivos a un traumatismo psíquico bajo el término de Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT) designando así “al conjunto de trastornos existenciales consecutivos a un accidente que traumatiza, susceptible de causar un malestar psicológico en la mayoría de los individuos y superando generalmente el ámbito de las experiencias comunes”.

Por su parte la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CMI-10/CIE-10, 1993), propone tres medidas de valor para diagnosticar los trastornos psicológicos derivados de una catástrofe, se trata de:

- Modificación duradera de la personalidad después de una experiencia catastrófica (F62.0),
- Reacción aguda a un factor de estrés (F43.3) y
- Trastornos por estrés post-traumático (F43.1).

En esta nomenclatura se define a los Trastornos por Estrés Post-Traumático como “una respuesta diferida o prolongada a una situación o un acontecimiento estresante que causaría síntomas de malestar psicológico en cualquiera”.

Por otra parte, entre los trabajos de Crocq (Crocq, 1990, 1992, 1994, Crocq y Lery, 1989) podemos encontrar una excelente clasificación etiológica con respecto a la evolución y a las formas clínicas del traumatismo psíquico. Este mismo autor, señala la existencia de *Síndromes Psicotraumáticos* que corresponden a otra forma clínica manifestada en muchos casos y que no constituyen una neurosis traumática estructurada. Se trata de casos que incluyen distintos síntomas de repetición, ansiedad y de fobias específicas, pero sin modificación de la personalidad o también de casos donde el individuo dice ya no sufrir de manifestación de reviviscencias, pero sí de un malestar que se afirma y se organiza a largo plazo, con un desfasamiento del interés por los demás y las cosas, manifestando irritabilidad y repliegue de sí mismo (ver Tabla 1).

NEUROSIIS TRAUMÁTICA	DMS-IV (309-B1) TRASTORNOS POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	CIM-10 (F43.1) TRASTORNOS POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	SÍNDROME PSICOTRAUMÁTICO
<p>A - El evento Traumático. A1 - Amenaza a la vida o la salud (psíquica y física), repentina y violenta. A1bis - relativo a la personalidad.</p> <p>B - Síndrome de reviviscencia. B1 - recuerdos repetitivos y ansiosos del evento B2 - pesadilla de repetición. B3 - crisis emotiva de repetición. B4 - síndrome de repetición causado por estímulos evocadores B6 - reacción fisiológica a los estímulos.</p>	<p>A - El evento traumático. A1 - amenaza de muerte o herida A2 - haber vivido miedo, impotencia, horror</p> <p>B - Síntomas de reviviscencia. B1 - recuerdos repetitivos, con malestar psicológico B1bis - percepción e imágenes Flashback B2 - sueños repetitivos B3 - vivir "como si", el suceso estuviera ocurriendo de nuevo ... B1ter - ser y actuar "como si"... (en los niños juegos repetitivos) B3 - sentimiento de indefensión frente a un estímulo evocador B3bis - Flashback al despertar o por intoxicación B1, B4 - malestar psicológico B5 - reactividad fisiológica a estímulo evocador</p>	<p>D - Otros síntomas neuróticos. D1 - ansiedad. D2 - fatiga física, psíquica, sexual D3 - síntomas psiconeuróticos D4 - trastornos psicómatics D5 - trastornos de la personalidad</p> <p>C - Personalidad traumato-neurótica Ca - <i>blagueo en las funciones de filtrado:</i> C1 - dificultad para dormir, sueño interrumpido con frecuencia C2 - estado de alerta permanente C3 - actitud de prospección-avoidance C4 - conductas de evitación de situaciones asociadas... C5 - desconocimiento o amnesia sistemática</p> <p>Cb - blagueo en las funciones de presencia: C6 - pérdida de interés por las diversiones y el trabajo, antisocial C7 - reducción de la actividad C8 - sentimiento de un futuro desolador</p> <p>Cc - blagueo en la función de amor: *C9 - regresión narcisista, dependencia y exigencia de amor C10 - sentimiento de ser incomprendido y abandonado C11 - agresividad, irritabilidad, amargura</p>	<p>A - El evento traumático A1 - violencia y excepción A1bis - relativo a la personalidad o coyuntura A2 - vivencia de: conmoción-inhibición-estupor, sin sentido, ausencia de auxilio.</p> <p>B - Síndrome de repetición <i>Sus modalidades de manifestación</i> B1- recuerdo forzado B2- reviviscencia alucinatoria B3- pesadilla de repetición B4- vivir "como si"... crisis emotivas B5- actuar "como si"... (conductas de repetición) B6- tic y sobresaltos de repetición B7 - <i>rumiación</i> mental de repetición <i>circunstancias de su aparición</i> - espontánea - provocada por estímulos - facilitada por alteración de la conciencia (adormecimiento, intoxicación...) <i>Sus registros de expresión</i> - malestar psicológico - fatiga neurovegetativa - endurecimiento de sus actitudes</p>
<p>D - Otros síntomas neuróticos. D1 - ansiedad. D2 - fatiga física, psíquica, sexual D3 - síntomas psiconeuróticos D4 - trastornos psicómatics D5 - trastornos de la personalidad</p> <p>C - Personalidad traumato-neurótica Ca - <i>blagueo en las funciones de filtrado:</i> C1 - dificultad para dormir, sueño interrumpido con frecuencia C2 - estado de alerta permanente C3 - actitud de prospección-avoidance C4 - conductas de evitación de situaciones asociadas... C5 - desconocimiento o amnesia sistemática</p> <p>Cb - blagueo en las funciones de presencia: C6 - pérdida de interés por las diversiones y el trabajo, antisocial C7 - reducción de la actividad C8 - sentimiento de un futuro desolador</p> <p>Cc - blagueo en la función de amor: *C9 - regresión narcisista, dependencia y exigencia de amor C10 - sentimiento de ser incomprendido y abandonado C11 - agresividad, irritabilidad, amargura</p>	<p>D - Activación neurovegetativa D3 - ansiedad, depresión, ideas suicidarias D4 - trastorno de la personalidad, abuso de alcohol, etc. D1 - hiper-vigilancia, estado de quien-vive... D2 - insomnio</p> <p>C - Contexto de "anestesia" psíquica y de restricción emocional C1 - evitación de los estímulos evocadores C2 - evitación de las actividades y estímulos evocadores C8 - insensibilidad al medio ambiente C5 - desapego hacia los otros</p> <p>MODIFICACION DE LA PERSONALIDAD DESPUES DE UNA EXPERIENCIA DE CATASTROFE (F 62.0) e - desapego hacia los otros a - <i>actitudes de hostilidad y desconfianza hacia el mundo</i> b - <i>retraimiento social</i> c - <i>sentimiento de vacío o de desesperanza</i> d - <i>impresión de estar observados, amenazado</i></p>	<p>D - Activación neurovegetativa D3 - ansiedad, depresión, ideas suicidarias D4 - trastorno de la personalidad, abuso de alcohol, etc. D1 - hiper-vigilancia, estado de quien-vive... D2 - insomnio</p> <p>C - Contexto de "anestesia" psíquica y de restricción emocional C1 - evitación de los estímulos evocadores C2 - evitación de las actividades y estímulos evocadores C8 - insensibilidad al medio ambiente C5 - desapego hacia los otros</p> <p>MODIFICACION DE LA PERSONALIDAD DESPUES DE UNA EXPERIENCIA DE CATASTROFE (F 62.0) e - desapego hacia los otros a - <i>actitudes de hostilidad y desconfianza hacia el mundo</i> b - <i>retraimiento social</i> c - <i>sentimiento de vacío o de desesperanza</i> d - <i>impresión de estar observados, amenazado</i></p>	<p>D - Síntomas no específicos D1 - ansiedad D2 - falta física, psíquica, sexual D3 - síntomas psiconeuróticos D4 - trastornos psicómatics D5 - trastornos de conducta</p> <p>C - Alteración de la personalidad Ca - <i>blagueo en la función de filtración:</i> C1 - estado de alerta C2 - sobresalto a todos los estímulos C3 - dificultades para dormirse, despertarse frecuentemente C4 - actitud de prospección-avoidance C5 - retraimiento de su medio</p> <p>Cb - blagueo en la función de presencia: C6 - reducción de sus intereses y sus diversiones C7 - sensación de un avenir bloqueado C8 - sensación de desapego del mundo</p> <p>Cc - blagueo en la función de presencia: C9 - sentimiento de desapego hacia los demás C10 - regresión narcisista C11 - irritabilidad C12 - retraimiento social</p>
<p>D - Otros síntomas neuróticos. D1 - ansiedad. D2 - fatiga física, psíquica, sexual D3 - síntomas psiconeuróticos D4 - trastornos psicómatics D5 - trastornos de la personalidad</p> <p>C - Personalidad traumato-neurótica Ca - <i>blagueo en las funciones de filtrado:</i> C1 - dificultad para dormir, sueño interrumpido con frecuencia C2 - estado de alerta permanente C3 - actitud de prospección-avoidance C4 - conductas de evitación de situaciones asociadas... C5 - desconocimiento o amnesia sistemática</p> <p>Cb - blagueo en las funciones de presencia: C6 - pérdida de interés por las diversiones y el trabajo, antisocial C7 - reducción de la actividad C8 - sentimiento de un futuro desolador</p> <p>Cc - blagueo en la función de amor: *C9 - regresión narcisista, dependencia y exigencia de amor C10 - sentimiento de ser incomprendido y abandonado C11 - agresividad, irritabilidad, amargura</p>	<p>D - Activación neurovegetativa D3 - ansiedad, depresión, ideas suicidarias D4 - trastorno de la personalidad, abuso de alcohol, etc. D1 - hiper-vigilancia, estado de quien-vive... D2 - insomnio</p> <p>C - Contexto de "anestesia" psíquica y de restricción emocional C1 - evitación de los estímulos evocadores C2 - evitación de las actividades y estímulos evocadores C8 - insensibilidad al medio ambiente C5 - desapego hacia los otros</p> <p>MODIFICACION DE LA PERSONALIDAD DESPUES DE UNA EXPERIENCIA DE CATASTROFE (F 62.0) e - desapego hacia los otros a - <i>actitudes de hostilidad y desconfianza hacia el mundo</i> b - <i>retraimiento social</i> c - <i>sentimiento de vacío o de desesperanza</i> d - <i>impresión de estar observados, amenazado</i></p>	<p>D - Activación neurovegetativa D3 - ansiedad, depresión, ideas suicidarias D4 - trastorno de la personalidad, abuso de alcohol, etc. D1 - hiper-vigilancia, estado de quien-vive... D2 - insomnio</p> <p>C - Contexto de "anestesia" psíquica y de restricción emocional C1 - evitación de los estímulos evocadores C2 - evitación de las actividades y estímulos evocadores C8 - insensibilidad al medio ambiente C5 - desapego hacia los otros</p> <p>MODIFICACION DE LA PERSONALIDAD DESPUES DE UNA EXPERIENCIA DE CATASTROFE (F 62.0) e - desapego hacia los otros a - <i>actitudes de hostilidad y desconfianza hacia el mundo</i> b - <i>retraimiento social</i> c - <i>sentimiento de vacío o de desesperanza</i> d - <i>impresión de estar observados, amenazado</i></p>	<p>F - Sufrimiento psíquico e invalidación social variable (gama de casos)</p> <p>E - Tiempo de latencia en todos los casos Afección durable, vía crónica</p>
<p>D - Otros síntomas neuróticos. D1 - ansiedad. D2 - fatiga física, psíquica, sexual D3 - síntomas psiconeuróticos D4 - trastornos psicómatics D5 - trastornos de la personalidad</p> <p>C - Personalidad traumato-neurótica Ca - <i>blagueo en las funciones de filtrado:</i> C1 - dificultad para dormir, sueño interrumpido con frecuencia C2 - estado de alerta permanente C3 - actitud de prospección-avoidance C4 - conductas de evitación de situaciones asociadas... C5 - desconocimiento o amnesia sistemática</p> <p>Cb - blagueo en las funciones de presencia: C6 - pérdida de interés por las diversiones y el trabajo, antisocial C7 - reducción de la actividad C8 - sentimiento de un futuro desolador</p> <p>Cc - blagueo en la función de amor: *C9 - regresión narcisista, dependencia y exigencia de amor C10 - sentimiento de ser incomprendido y abandonado C11 - agresividad, irritabilidad, amargura</p>	<p>D - Activación neurovegetativa D3 - ansiedad, depresión, ideas suicidarias D4 - trastorno de la personalidad, abuso de alcohol, etc. D1 - hiper-vigilancia, estado de quien-vive... D2 - insomnio</p> <p>C - Contexto de "anestesia" psíquica y de restricción emocional C1 - evitación de los estímulos evocadores C2 - evitación de las actividades y estímulos evocadores C8 - insensibilidad al medio ambiente C5 - desapego hacia los otros</p> <p>MODIFICACION DE LA PERSONALIDAD DESPUES DE UNA EXPERIENCIA DE CATASTROFE (F 62.0) e - desapego hacia los otros a - <i>actitudes de hostilidad y desconfianza hacia el mundo</i> b - <i>retraimiento social</i> c - <i>sentimiento de vacío o de desesperanza</i> d - <i>impresión de estar observados, amenazado</i></p>	<p>F - MODIF- PERSONA degradación en el funcionamiento social</p> <p>E - Latencia: algunas semanas (un mes) - TEPT: transitorios o duraderos, evolución hacia una cura - MODIF-PERSONA duradera más de 2 años, irreversible</p>	<p>F - Sufrimiento psíquico e invalidación social variable (gama de casos)</p> <p>E - Tiempo de latencia en todos los casos Afección durable, vía crónica</p>
<p>D - Otros síntomas neuróticos. D1 - ansiedad. D2 - fatiga física, psíquica, sexual D3 - síntomas psiconeuróticos D4 - trastornos psicómatics D5 - trastornos de la personalidad</p> <p>C - Personalidad traumato-neurótica Ca - <i>blagueo en las funciones de filtrado:</i> C1 - dificultad para dormir, sueño interrumpido con frecuencia C2 - estado de alerta permanente C3 - actitud de prospección-avoidance C4 - conductas de evitación de situaciones asociadas... C5 - desconocimiento o amnesia sistemática</p> <p>Cb - blagueo en las funciones de presencia: C6 - pérdida de interés por las diversiones y el trabajo, antisocial C7 - reducción de la actividad C8 - sentimiento de un futuro desolador</p> <p>Cc - blagueo en la función de amor: *C9 - regresión narcisista, dependencia y exigencia de amor C10 - sentimiento de ser incomprendido y abandonado C11 - agresividad, irritabilidad, amargura</p>	<p>D - Activación neurovegetativa D3 - ansiedad, depresión, ideas suicidarias D4 - trastorno de la personalidad, abuso de alcohol, etc. D1 - hiper-vigilancia, estado de quien-vive... D2 - insomnio</p> <p>C - Contexto de "anestesia" psíquica y de restricción emocional C1 - evitación de los estímulos evocadores C2 - evitación de las actividades y estímulos evocadores C8 - insensibilidad al medio ambiente C5 - desapego hacia los otros</p> <p>MODIFICACION DE LA PERSONALIDAD DESPUES DE UNA EXPERIENCIA DE CATASTROFE (F 62.0) e - desapego hacia los otros a - <i>actitudes de hostilidad y desconfianza hacia el mundo</i> b - <i>retraimiento social</i> c - <i>sentimiento de vacío o de desesperanza</i> d - <i>impresión de estar observados, amenazado</i></p>	<p>F - MODIF- PERSONA degradación en el funcionamiento social</p> <p>E - Latencia: algunas semanas (un mes) - TEPT: transitorios o duraderos, evolución hacia una cura - MODIF-PERSONA duradera más de 2 años, irreversible</p>	<p>F - Sufrimiento psíquico e invalidación social variable (gama de casos)</p> <p>E - Tiempo de latencia en todos los casos Afección durable, vía crónica</p>

Otras secuelas del trauma psíquico

A través de los procesos transitivos que se suceden al interior de la persona frente a un *agente agresor*, se manifiestan reacciones que pueden ser ambivalentes, es decir, de la simple reacción de estrés de adaptación transitoria sin secuelas a la neurosis traumática real, tardía, organizada y duradera (Crocq 1988). Dentro de esta ambivalencia se puede decir que existen trastornos post-traumáticos de estrés cuya reacción de estrés adaptativo vuelve menos graves los síntomas que pueden ser la causa de numerosos errores de diagnóstico y con el tiempo pueden evolucionar en verdaderos trastornos post-traumáticos o síndromes post-traumáticos.

Los casos incompletos

Entre los casos incompletos existen dos tipos que son completamente diferentes. Se trata, por una parte de los individuos cuya personalidad se perturbó por el trauma en un sentido de retroceso o en un sentido en el cual la persona esquiva los estímulos, lo agudo de la reactividad y la hiperactividad neurovegetativa, pero que no presentan ningún síntoma de repetición. Por otra parte, se encuentran las personas que presentan síntomas de repetición y sin embargo no tienen ninguna alteración de la personalidad posterior al trauma. Por lo general, no tienen síntomas de evitación de los estímulos traumatogénos, ni de la disminución de la reactividad en general, ni de hiper-actividad neurovegetativa en el sentido del DSM-IV; se trata de casos donde no podemos dudar de la existencia de secuelas traumáticas, pero que no presentan todos los criterios necesarios del diagnóstico clásico.

Los casos atípicos

En los casos atípicos, los síntomas predominantes corresponden al cuadro clínico de la psiconeurosis y en particular al de la histeria de guerra. Se trata de casos en donde un síntoma puede prevalecer en el cuadro clínico al punto de ocultar todos los demás; para Crocq, las alteraciones de la personalidad serán discretas. El síndrome de repetición, por ejemplo, puede reducirse a un tic espectacular. Sin embargo, puede ser lo contrario, es decir, que los trastornos de carácter y de la personalidad invadan la revisión médica, por lo que el médico no piensa en cuestionar al paciente sobre sus pesadillas y otras repeticiones.

Secuelas psicóticas

Estas reacciones fueron consideradas como la manía de duelo por los psiquiatras europeos en la Segunda Guerra Mundial. Por su parte los alemanes las definieron como las reacciones anormales al acontecimiento vivido y los americanos como la reacción de esquizofrenia de tres días. Sin embargo, para Crocq se trata de una psicosis endógena en la cual su aparición fue posible gracias a una coyuntura psico-

traumatizada. Existen síntomas de tipo psicótico crónico tales como psicosis maniaco-depresivas, delirios crónicos o esquizofrénicos que parecen determinados y mantenidos por la etiopatogenia psico-traumatizada. En el procedimiento psíquico del individuo ante el evento traumático, se produce una ruptura entre el YO y la realidad. Esta fractura permite la instauración de mecanismos psicóticos urgentes que van a ayudar hasta cierto punto a cubrir la incapacidad de los mecanismos de adaptación habituales. Las secuelas de tipo psicótico van a aparecer en forma de casos agudos y transitorios de duración muy limitada que presentan como característica principal las reacciones agudas en forma de episodios delirantes de corta duración, que aparecen violentamente y desaparecen sin dejar rastro. Este tipo de casos puede considerarse como una expresión psicótica del traumatismo psíquico. El DSM-IV considera este tipo de manifestaciones como un Trastorno por estrés agudo (F43.0[308.3]) y como una psicosis reaccional breve (F 23.8x [298.80]). Los trastornos agudos descritos en el DSM-IV, no parecen estar ligados exclusivamente al efecto de un traumatismo, pueden presentarse también como una respuesta en reacción a la situación vivida por la persona; así, estos síntomas quedan suspendidos con respecto al evento que los hizo aparecer.

Estos síntomas tienen las características habituales de los trastornos reaccionales, en una estrecha relación con la personalidad subyacente al individuo en quien se desarrollan. Estas distintas conjunciones subordinan la evolución de estos casos agudos. Por lo tanto, es necesario precisar que este tipo de reacción se manifiesta en un período muy corto de cuatro semanas como máximo.

Secuelas efímeras

En los atentados terroristas de París, P. Bouthillon y Crocq (1986), observaron que durante un periodo corto de diez días a tres semanas, las víctimas manifestaron síntomas de repetición, un estado de alerta vigilante con dificultad para dormir, trastornos fóbicos frente a los estímulos traumatogénos y un repliegue aprensivo y narcisista de la personalidad. Estas víctimas presentaron un trastorno patológico consecutivo al psico-trauma, que por su corta duración no entra en los criterios de la neurosis traumática, ni en el de los trastornos por estrés post-traumático. Por nuestra parte, consideramos necesario tener algunas reservas relativas a los trastornos agudos y efímeros ya que nada indica que estas reacciones no sean el efecto de un traumatismo que tomará su valor posteriormente.

Caso sin secuela

Según experiencias clínicas y datos estadísticos (Crocq 1992, Sigales 2006), hay personas que afirman haber salido reforzados de una prueba de fuerte potencial traumático. A su modo de ver, se forjaron una mayor resistencia a las agresiones y adquirieron una nueva filosofía sobre la vida. A este último caso, Crocq añade que el psico-traumatismo no im-

plicó incidencia patológica pero no puede decirse que haya permanecido sin efecto a nivel psicológico. Esto nos permite distinguir otras secuelas, que nos parecen importantes, a pesar de su ausencia en el cuadro clínico clásico.

Trastornos de ansiedad

La huella que deja un agente agresor puede implicar trastornos de ansiedad general, trastornos de pánico y fobias ya

descritas en el DSM-II-R, el DSM-IV y el CMI-10. Así, encontramos clasificados entre los trastornos de ansiedad, los trastornos por estrés post-traumático (véase Tabla 2). Rosenha y Seligman (1984) asignaron las fobias, el pánico, la ansiedad generalizada y los trastornos por estrés post-traumático en el grupo de ansiedad observada, es decir, trastornos potencialmente localizables ya que siguen siendo visibles, para estos autores, la ansiedad es el elemento central de estos trastornos.

Tabla 2: Trastornos de ansiedad según el DSM-III, DSM-IV Y CMI-10.

DSM-III-R	DSM-IV	CMI-10
- TRASTORNOS DE PÁNICO Trastornos de pánico sin agorafobia Trastornos de pánico con agorafobia Agorafobia sin vínculos a grupos específicos de trastornos de pánico	- TRASTORNOS DE PÁNICO Trastornos de pánico sin agorafobia Trastornos de pánico con agorafobia Agorafobia sin vínculos a grupos específicos de trastornos de pánico	- TRASTORNOS DE PÁNICO (tipos moderado y graves) Agorafobia con trastornos de pánico Agorafobia sin trastornos de pánico
- FOBIA SIMPLE	- FOBIA ESPECÍFICA Tipo animal Tipo medio ambiente natural (altitud, tormenta, agua, etc.) Tipo sanguíneo, picadura, herida Tipo según la situación (avión, ascensor, etc.) Otro	- FOBIA ESPECÍFICA
- FOBIA SOCIAL Tipo generalizada Tipo no generalizada Trastorno de evasión ¹	- FOBIA SOCIAL (trastornos de ansiedad social) Tipo generalizado Tipo no generalizado [Trastornos de evasión] ^{1,2}	- FOBIA SOCIAL Trastorno de hiper sensibilidad social ^{1,2}
- TRASTORNO OBSESIVO COMPULSO	- TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	- TRASTORNO OBSESIVO COMPULSO (varios tipos)
- TRASTORNOS POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO	- TRASTORNOS POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO Tipo agudo Tipo crónico Trastornos de estrés agudo	- TRASTORNOS POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO Reacciones de estrés agudo
- TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA Trastornos de hiper ansiedad ¹ Trastornos de ansiedad no específicos Trastornos ansiedad de separación ¹	- TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA [trastornos de hiper ansiedad] ^{1,2} Trastornos de ansiedad por condiciones médicas generales Trastornos de ansiedad por sustancias Trastornos de ansiedad no específico Trastornos de ansiedad de separación ¹	- TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA Trastornos mixtos de ansiedad-depresión Trastornos de ansiedad de separación ¹

¹ Trastornos caracterizados al principio de la infancia o la adolescencia.

² Asociados a una fobia social.

³ Asociados a trastornos de ansiedad generalizada.

Otras consideraciones con respecto a la ansiedad

Podemos decir que en torno al evento traumático se puede tomar en consideración la ansiedad. En efecto, la ansiedad en sí tiene la capacidad de anticipación ante el peligro o ante la amenaza, por lo tanto en la confrontación con un agente agresor esta capacidad va a tomar un valor fundamental en el proceso de adaptación o no-adaptación de la persona. Los síntomas vinculados a los trastornos de ansiedad (pánico, fobia, etc.), pueden seguir estando presentes en la persona por algún tiempo (un mes) o prolongarse por tiempo indefi-

nido hacia un trastorno más severo. Por otra parte, la respuesta ante los agentes agresores puede ser influenciada por una percepción ansiosa del medio. Se puede pensar que esta percepción será la causa de confusión entre las nociones de ansiedad, miedo, fobia, angustia y estrés; y que se utilizan en forma abusiva sin hacer ninguna distinción. Sin embargo, existen diferencias muy precisas entre estos conceptos.

Brevemente, para establecer una diferenciación entre la ansiedad y la angustia podríamos decir que los elementos que constituyen la angustia están mucho más vinculados a los factores físicos, mientras que para la ansiedad estos elementos serán psíquicos. Por lo que se refiere a la noción de

miedo podemos decir, que el miedo es la percepción que justifica la conducta de fuga o evasión en el individuo ante un estímulo de amenaza. En este caso, la ansiedad será el estado emocional de miedo no resuelto o una activación del estado de alerta pero sin objetivo preciso de resolución ante la percepción que el individuo tiene de la amenaza. Hasta ahora el miedo y la ansiedad se perciben como reacciones similares; por otra parte, el miedo y la fobia a veces se consideran como trastornos de ansiedad. Por último, variadas son las definiciones de la ansiedad pero en la mayoría de los casos se observa la ansiedad como un fenómeno subjetivo del organismo. Spielberger, Pollans y Worden (1984), designan al estado de ansiedad como una reacción emocional en la cual aparecen sentimientos de tensión, aprehensión, nerviosismo e inquietud, que producen la activación o la descarga del sistema nervioso autónomo. En una perspectiva más simple la ansiedad se percibe como la reacción autónoma del organismo frente a los estímulos nocivos (Wolpe 1979).

El cuadro principal de la ansiedad está constituido por respuestas, subjetivas-cognoscitivas, fisiológicas-somáticas y motoras-comportamentales que pueden disociarse. Sin embargo, a veces es difícil distinguir el modo de respuesta normal del patológico es decir, entre la ansiedad normal y la ansiedad clínica. Según Spielberger (1970), la ansiedad patológica o clínica se caracteriza por algunas diferencias cuantitativas con relación a la ansiedad normal. La existencia de los trastornos de ansiedad está presente en la población en general y se clasifica como no clínica. Por otra parte la distinción entre la ansiedad clínica y no clínica, se identifica en la medida en la que el individuo busca la ayuda profesional. Algunos autores indican que la ansiedad es una característica central de la mayoría de los trastornos psicopatológicos.

Clasificación de síndromes particulares

En los trabajos de Rivolier (1992), se encuentra una clasificación explícita de distintos síndromes específicos de la neurosis traumática que corresponden a circunstancias particulares tales como guerras, agresiones, etc. Esta clasificación nos parece interesante en la medida en que su descripción puede permitirnos distinguir la diversidad de las reacciones frente a un agente agresor. Se trata de los siguientes:

- *Síndrome del prisionero de guerra, (POW síndrome):* La sintomatología es muy distinta y difícil para un enfoque estadístico. Ursano (1987) nos propone una lista no exhaustiva, de estos síntomas:

- ansiedad,
- derrotismo,
- tristeza,
- trastornos del humor, disminución de la comunicación social,
- pérdida de peso,
- dependencia,
- hiper-insomnio,
- astenia,

- sentimiento de culpabilidad,
- neurastenia,
- agitación psicomotora,
- ideas de suicidio,
- definición al agresor,
- crisis de terror,
- comportamientos agresivos,
- confusión mental,
- desorganización del Yo,
- experiencias que escapan a la conciencia.

Agrupadas en:

- Trastornos depresivos,
 - Trastornos de ansiedad,
 - Trastornos somáticos,
 - Trastornos de adaptación.
- *Estrés de combate:* Corresponde a las reacciones post-traumáticas de las manifestaciones inmediatas, de modo que este síndrome no se transforma siempre en TSPT o en neurosis traumática; sus manifestaciones pueden durar algunas horas o varias semanas y puede ser:
 - Reducción aguda de las capacidades funcionales del individuo: cansancio, apatía, períodos de agitación psicomotora, entre otros.
 - Trastornos del humor: aflicción, tristeza, irritabilidad fugaz, sentimiento de incapacidad, sentimiento de culpabilidad, sentimiento de amenaza inevitable.
 - Trastornos de comportamiento: aislamiento, desapego social, dificultad de realizar un trabajo, incapacidad a controlar sus comportamientos, respuestas inadecuadas, disminución a la tolerancia a los estímulos.
 - *El síndrome de Targowla, (KZ síndrome):* La característica de este síndrome se sitúa en el lugar reservado a las manifestaciones de carácter psicopatológico, como:
 - Trastornos del humor: estados de ansiedad, tensión, trastornos depresivos, culpabilidad frente a los que no sobrevivieron.
 - Trastornos de comportamiento: irritabilidad, agresividad, apatía, astenia o hiperactividad nerviosa con dificultad para reposarse, trastornos en la vida sexual.
 - Trastornos neurofisiológicos: dificultad de concentración, trastornos de la memoria, hipersensibilidad a cualquier estímulos físicos o sociales, estado de alerta y sobresaltos, intrusiones repetidas de la experiencia traumática con trastornos del sueño y pesadillas que recuerdan la vida en los campos de batalla.
 - Trastornos físicos: cansancio, cefaleas, sensaciones de vértigos, dolores musculares y articulares, enfermedades de tipo psicosomático, hipertensión arterial, úlcera gastrointestinal, infarto del miocardio, síndromes reumáticos, señales de envejecimiento prematuro, involución, problemas circulatorios, muerte súbita.

- *La neurosis de guerra*: Blannk (1982) describió cuatro tipos de manifestaciones, algunas de las cuales están considerablemente fuera del marco del TEPT, se trata de:
 - Tipo I: se caracteriza por las manifestaciones psicológicas disociadas y variables según los individuos:
 - . Síntomas neuróticos clásicos: rememoración, pesadillas, irritabilidad, períodos de rabia, ansiedad, insomnios, fobias, depresión.
 - . Síntomas psicósomáticos: cefaleas, lumbagos, úlceras digestivas, jaquecas, colon irritable, hipertensión arterial.
 - . Trastornos de violencia paranoica, sin síntomas psicóticos.
 - . Trastornos comportamentales: alcoholismo, toxicomanía, tomar riesgos aberrantes, fatalismo, homicidios, suicidios.
 - . Síndromes psicóticos.
 - Tipo II: corresponde a una alteración del curso general de la vida:
 - . Baja posibilidad de realizar un proyecto en la vida.
 - . Estilo de vida aberrante, vagabundeo, inestabilidad.
 - . Delincuencia.
 - Tipo III: se caracteriza por manifestaciones de malas relaciones con los otros:
 - . Dificultades con la familiares, afectivas, amorosas, con los niños.
 - . Relaciones de oposición con el país, las instituciones.
 - . Alejamiento y desinterés total.
 - Tipo IV: el individuo vive una ruptura profunda entre sí mismo y la humanidad, duda del sentido de su vida, la conexión con los demás se corta.
- *El síndrome del rehén*. La particularidad de este síndrome es que el riesgo de aparición de estas manifestaciones y su intensidad dependerá de algunas condiciones como:
 - Sexo: más en la mujer que en el hombre.
 - Edad: más en los jóvenes que en los más viejos.
 - Condiciones de detención: más en los individuos que sufren un choque emocional y que hayan estado muy asustados o en detención prolongada.
 - Estado neurótico: más en las personas rígidas o neuróticas.
 Estas manifestaciones son:
 - Cognoscitivas:
 - . trastornos de la percepción de la realidad.
 - . definición y evaluación falsa de la situación.
 - . error de juicio, de razonamiento.
 - . falta de previsión de las consecuencias
 - De voluntad:
 - . alteración y renuncia de la voluntad.
- . pérdida de la capacidad de decisión y al contrario, espera de los órdenes de los raptos y aceptación total de su ejecución.
- De comportamiento:
 - . actitudes, expresiones, mímicas, gestos, palabras, que afirman la adhesión a las declaraciones y a los actos de los raptos.
 - . graves efectos: marginalización sociopolítica, adhesión posterior a un grupo terrorista.
- *El síndrome del superviviente o el síndrome del rescatado*: La sintomatología manifestada en este síndrome puede considerarse equivalente a la de las condiciones de guerra o las catástrofes naturales o accidentales. Así, este síndrome se manifestará en los meses o años más tarde después de haber vivido el evento traumático. Entre estos síntomas, se observa:
 - fenómenos de acción compulsiva y actitudes hedonistas como:
 - . perturbación del apetito con bulimia.
 - . complacencias múltiples (compras inconsideradas, tabaquismo, experiencias sensuales compulsivas, desordenadas).
 - seguidos más tarde:
 - . de incapacidad de trabajar, actuar, de pensar, de amar.
 - . de una pérdida de interés por la vida, depresión.
 - . cambios en los valores de la persona.
 - . de un cuestionamiento sobre sí, sobre los otros, sobre la existencia de Dios.
 - . de una reorientación de la manera de ser y de existir de la persona.
 - . de experiencias metafísicas o religiosas.

Comentarios y conclusiones

En las últimas décadas numerosas han sido las catástrofes naturales e industriales que han estremecido a nuestras sociedades contemporáneas, ha sido en los años 90 del siglo pasado que el aspecto psicológico ha empezado a ser tomado en cuenta en los organismos responsables de la atención de los primeros auxilios. Sin embargo, todavía no se cuenta con los medios teóricos y metodológicos que nos permitan identificar y definir con precisión los trastornos psicológicos que de estos agentes agresores pueden derivarse a corto, medio y largo plazo, en las diferentes esferas de implicación de una catástrofe y en los diferentes contextos socio-culturales. En un estudio longitudinal realizado en México²

² Sigales-Ruiz S. (2002). Contribution à l'Étude des États de Stress Post-Traumatiques des Situations de Catastrophes. *Les perturbations psychiques chez les « victimes attendantes » de la catastrophe industrielle de San Juan Ixhuatepec : Mexico*. Tesis de Doctorado Nuevo Régimen, « Centre d'Études et Recherches en PsychoPathologie ». Dir. Sidi Askofare. Profesor de psicología en la Universidad de Toulouse II, Francia.

sobre las secuelas psicológicas posteriores a una catástrofe industrial, se detectaron Síndromes Psicotraumáticos en las víctimas latentes y se observaron trastornos de ansiedad ligados al síndrome de repetición (patognómico de la neurosis traumática) en la segunda generación (niños de 6 a 7 años) que vivieron 12 años más tarde un accidente similar en la misma industria petroquímica. Este tipo de trabajos da cuenta de la importancia que puede tener en profundizar en el tema de los trastornos post-traumáticos ligados a una catástrofe.

Observar y diagnosticar los trastornos derivados de este tipo de situaciones que agreden la estabilidad no solamente del individuo sino del grupo social que la vive, es complejo, pues aunque el impacto de una catástrofe pueda ser experimentada por sus efectos destructivos en cascada, el individuo que la confronta quedará lesionado o no en su estructura psíquica a partir de su propia predisposición neurótica o de una vulnerabilidad coyuntural. Hasta ahora, se puede observar la dificultad que hay para definir los trastornos específicos provocados por un *agente agresor* de esta índole. En efecto, la coexistencia de varios trastornos puede ser la causa de graves problemas teóricos y prácticos en el momento de rea-

lizar un diagnóstico o de intervenir en los primeros auxilios psicológicos o terapéuticos. La aparición inmediata (consecutiva a la confrontación con el *agente agresor*) de distintos desórdenes agudos tales como estupor, estados de confusión, estados delirantes transitorios, sideración, reacción aguda, etc., puede ser el nudo de numerosos errores en el diagnóstico. Para algunos autores (Sigales, Crocq, Noton), existen desórdenes diferidos de varios días a algunos años después de haber vivido el evento traumático; la evolución de éstos puede llevar a que se manifiesten de manera prolongada y de forma irreversible durante toda la vida de la persona.

Por nuestra parte, subrayamos la importancia que tiene el profundizar y delimitar este campo de estudio y de intervención. Consideramos que la falta de modelos de intervención y de prevención en zonas de riesgo industrial o natural pueden agravar no solamente las posibilidades de supervivencia frente a la confrontación con la situación extrema (inundaciones, sismos, accidentes industriales, etc.), sino que además pueden ser la fuente de diversos trastornos bio-psico-sociales en las poblaciones que las sufren, quedando así como el núcleo de nuevas patologías sociales.

Referencias

- Audet, J. y Katz, J-F. (1999). *Précis de victimologie générale*. Paris: Dunod.
- Baillo, A. (1950). *Dictionnaire Grec-Française*. Paris: Hachette.
- Blannk (1982). La neurosis de guerra. En Noto, R., Hunguenard, P. y Larcán, A. (1987). *Médecine de Catastrophes*. (pp. 645). Paris: Masson
- CMI-10 / ICD-10. (1993). *Classification Internationale des Maladies*. Paris: Masson.
- Crocq, L. (1986). Le Stress des décideurs et des sauveteurs dans les catastrophes. En O. Lery (Ed.), *Congrès de psychiatrie et de neurologie de la langue française*; Julio 3-9, Montréal.
- Crocq, L. (1987) *Pris en charge psychologique*. En Noto, R., Hunguenard, P. y Larcán, A. (1987). *Médecine de Catastrophes*. (pp. 821-829). Paris: Masson
- Crocq, L. (1983). Les réactions émotionnelles dans les catastrophes. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37113 (D- 10), 1-8. Paris: Elsevier.
- Crocq, L. (1990). Réactions psychiques dans les catastrophes. *Précis de Psychiatrie Clinique de L'adulte*. 262-269.
- Crocq, L. (1992). Panorama des séquelles des traumatismes psychiques, névroses traumatiques, états de stress post-traumatique et autres séquelles. *Psychologie Médicale*, 24(5), 427-432.
- Crocq, L. (1994). Les victimes psychiques. *Victimologie*, 1, 25-33.
- Crocq (1999) Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Dunod.
- Dubois, J. (1975). *Lexis dictionnaire de la langue française*. Paris: Larousse.
- Filizzola, G. y Lopez, G. (1995). *Victimes et victimologie*. Paris: PUF.
- Noto, R. (1989). Stress et catastrophe. *Neuropsych* 4(4), 201-207.
- Noto, R., Hunguenard, P. y Larcán, A. (1987). *Médecine de Catastrophes*. Paris: Masson.
- Rey, J. y Rey, A. (1998). Nouveau Petit Robert. *Dictionnaire de la Langue Française*. Paris: Le Robert.
- Rivolier, J. (1994) *L'homme Stressé* Paris: Masson
- Rivolier, J. (1992). *Facteurs humains et situations extrêmes*. Paris: Masson.
- Rosenhan, D.L. & Seligman, M.E.P. (1984). *Abnormal psychology*. New York: W.W.
- Sancho, J. C. (1997). *Diccionario Español-Griego*. Madrid: Clásicos.
- Sigales, S. (2002). *Contribution à l'étude des états de stress post-traumatiques des situations de catastrophes. Les perturbations psychiques chez les «victimes attendantes» de la catastrophe industrielle de San Juan Ixhuatpec (México)*. Toulouse (Francia), Tesis doctoral (no publicada), Université de Toulouse II.
- Sigales, S. (2006). Evaluación Longitudinal sobre los Estados postraumáticos vinculados a las catástrofes industriales. El caso de la población de San Juan Ixhuatpec (México). *Anales de Psicología* 22 (1)
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.D.(1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, Pollans y Worden (1984) *Anxiety disorder*. En S. M. Turner y M. Hersen. *Adult psychopathology and diagnosis*. Willey & Sons. Nueva York.
- Ursano (1987) Síndrome del prisionero de guerra, (POW síndrome). En Noto, R., Hunguenard, P. y Larcán, A. (1987). *Médecine de Catastrophes*. (pp. 644). Paris: Masson
- Wolpe 1979 *Práctica de la terapia de conducta*. México: Trillas. (Original, 1973).

(Artículo recibido: 1-2-05; aceptado: 18-4-06)