7º Congreso Virtual Internacional de Psiquiatria
Interpsiquis 2006

# Parcial, simple, complejo: Subtipos de estrés postraumatico pendientes de inclusión en el DSM.

(Partial, simple, and complex postraumatic stress disorder: Subtypes pending of inclusion in the DSM.)

**Mario Araña Suarez* Jose Luis Pedreira Massa**Salvador Porras Obeso*****

* Investigador, Departamento P.E.T.R.A., U.L.L., España
Sociedad Científica ACAPI-PSICONDEC, Director

** Hospital Universitario Niño Jesús
Universidad Autónoma de Madrid

*** Psiquiatría de Enlace, Hospital General de Elda-Alicante
Terapeuta Familiar,Universidad de Alicante

( *) Ausencia de Conflictos de Interés, Declarada

PALABRAS CLAVE: Trastorno por Estrés Postraumático, Síntomas, Subtipos parcial, Simple, Complejo.

(KEYWORDS: Postraumatic Stress Disorder, Symptoms, Partial, Simple, Complex subtypes.)

**Resumen**

Efectuamos una revisión de los trabajos empíricos que han analizan la composición de los síntomas y categorías actuales establecidos en el D.S.M. para el Trastorno por Estrés Postraumático, sugiriendo la necesidad de ampliar las denominaciones actuales del cuadro, a los subtipos de estrés postraumático parcial, simple, y complejo, como entidades presentes en futuras ediciones del Manual D.S.M.

**Abstract**

In this paper, we carried out a revision of the empirical works that are analyze the composition of the symptoms and present categories established in the D.S.M. for the Postraumatic Stress Disorder, suggesting the necessity to extend the present denominations of the syndrome, to the subtypes of partial, simple, and complex Postraumatic Stress Disorder, in future edition of the Manual D.S.M.

## Introducción

Como señalamos [1, 2, 3], desde su introducción en el DSM-III [4], los criterios diagnósticos para el Trastorno por Estrés Post-Traumático se han presentando como sintomatología basada en 'clusters' [5] agrupados en cuadros sintomáticos tipo B, C, y D, secundarios al agente estresor – criterio A – DSM-III-R [6,7], DSM-IV [ 8,9], DSM-IV-TR [10,11], en una categorización que - ni aún en la versión actual del catálogo - , logra capturar la totalidad de los síntomas post-trauma.

Indicábamos [1,2,3] la necesidad – y posibilidad - de que en un futuro cercano resulte obligado considerar en el Manual Clasificatorio de los Desordenes Mentales, la existencia de subtipos dentro del mismo cuadro de estrés post-traumático, y a partir de la diferenciación de los síntomas del propio Criterio 'C'; de la misma forma que desde el DSM-IV, la APA [8,9] ha incorporado la necesidad de especificar aspectos temporales (Agudo, Crónico, Demorado), en el inicio y duración de los síntomas, actuales.

Continuando con este análisis de los síntomas y categorías presentes como criterios diagnósticos reflejados en el D.S.M. para el Estrés Postraumático, procedemos a diseccionar la composición sintomatológica de los subtipos parcial, simple y complejo, propuestos para su inclusión en versiones futuras del Manual.

Entendemos que análisis como los que presentamos, adquieren relevancia por su utilidad en la práctica clínica, y principalmente, en contextos legales, donde se presupone el deber – para el forense - de trabajar con información clínica 'basada en la evidencia' [12], evitando sesgos por 'negligencia o impericia' [13], como el 'efecto Barnum' – Informes escasamente desarrollados -, o sesgos de 'minimización del daño'.

No olvidemos que, en este entorno, el experto actúa – y, lo hace desde un principio- en una posición 'desigual' ; frente al ciudadano que, con altas expectativas de ser tratado con 'objetividad' [12], accede a un nicho de 'intereses', 'conflicto social', y 'judicial' [13], como puede llegar a ser, en ocasiones, la Justicia.

A pesar de que el daño o perjuicio sea, cuando menos, 'suficiente' [14], jurídica y sanitariamente, sin embargo, puede minusvalorarse [15], o ser incoherentemente asignado [16].

## Estrés Post-Traumático Parcial

Esta problemática clasificatoria aún 'pendiente' en el diagnóstico y clasificación del estatus taxonómico real del Estrés Post-Traumático en el DSM [1,2,3] ha llevado a distintos autores a proponer claramente la inclusión del subtipo Estrés Post-Traumático Parcial, basado –principalmente - en :

a.- El número, composición, y tipo de síntomas necesarios para el diagnóstico [17, 18, entre otros];

b.- En la relevancia clínica de la afectación 'sub-sindrómica', o 'sub-umbral' del cuadro [19, 20, 21, 22, entre otros].

Asmundson et al. [23], tal como hicieran anteriormente otros [ 24, 25], señalan la necesidad de profundizar en los factores de Evitación y Embotamiento, como objetivos de investigación; de donde emergerán los hallazgos que nos faciliten la aceptación de nuevas formas de presentación del cuadro, permitiendo aumentar la sensibilidad en la evaluación de los síntomas, facilitando la precisión y diferenciación de los objetivos del tratamiento.

Schützwohl y Maercker [26], anteriormente, propusieron tres subtipos para el Trastorno por Estrés Post-Traumático, a partir de la evidencia empírica analizada sobre el criterio C:

· Trastorno por Estrés Post-traumático Completo, para aquellas personas que cumplen todos los criterios del DSM.

· Trastorno por Estrés Post-traumático con Síntomas Menores de Evitación - 'Lowered Avoidance Criterion PTSD, LAC-PTSD' -.

· Trastorno por Estrés Post-traumático Parcial, para traumatizados, que poseen los criterios DSM de reexperimentación, o evitación, o sobreactivación, combinaciones no suficientes para un cuadro completo.

En el estudio efectuado con personas que han experimentado situaciones con alta prevalencia de abuso y maltrato, estos autores encuentran:

a.- Síntomas: 88% de los participantes en el estudio, refieren reexperimentación; 34%, evitación; 61%, síntomas de sobreactivación.

b.- Diagnóstico: 31% de víctimas con cuadro completo de T.E.P.T.; 41% diagnosticadas de 'LAC-PTSD', o Estrés Post-Traumático con Síntomas Menores de Evitación.

Schützwohl y Maercker [26], efectúan una comparación de síntomas en víctimas de maltrato. Aplican la Escala Revisada de Evaluación del Impacto de Eventos, conjuntamente con el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck , y la escala de síntomas de Derogatis, SCL-90-R.

Proceden a analizar los tipos de quejas, en primer lugar, aplicando los criterios diagnósticos DSM para el trastorno por estrés post-traumático; posteriormente, analizan el sufrimiento que refieren este tipo de víctimas, para el cuadro-subtipo de Estrés Post-Traumático con Síntomas Menores de Evitación – LAC-PTSD, [26] - .

Reproducimos en la tabla 1, directamente del original, los resultados.

| Measures | Controls ($n$ = 68-75) | Non-PTSD ($n$ = 76-99) | PTSD ($n$ = 35-42) | Non-LAC-PTSD ($n$ = 64-84) | LAC-PTSD ($n$ = 47-57) |
|---|---|---|---|---|---|
| IES-R | | | | | |
| Intrusion | 11.9 (10.8)[a] | 16.3 (9.8)[b] | 5.5 (8.1)[c] | 15.0 (9.8)[a] | 24.9 (8.3)[b] |
| Avoidance | 8.9 (9.2)[a] | 11.0 (8.0)[a] | 20.6 (8.1)[b] | 9.9 (7.8)[a] | 19.6 (7.8)[b] |
| Hyperarousal | 6.9 (8.9)[a] | 13.0 (9.3)[b] | 26.3 (8.4)[c] | 11.6 (8.7)[b] | 24.9 (8.8)[c] |
| BDI | 6.8 (5.9)[a] | 11.0 (7.0)[b] | 21.5 (12.1)[c] | 10.2 (6.6)[b] | 20.1 (11.4)[c] |
| BAI | 6.6 (7.7)[a] | 10.7 (10.7)[b] | 27.9 (15.7)[c] | 9.3 (9.1)[a] | 25.5 (15.8)[b] |
| SCL-90-R GSI | .4 (.4)[a] | .7 (.6)[b] | 1.5 (.9)[c] | .6 (.6)[b] | 1.4 (.8)[c] |

Tabla 1.- Tipo de quejas referidas, a partir de criterios DSM, y diagnóstico LAC-PTSD, en Schützwohl y Maercker [26]

Entre sus hallazgos, resaltamos:

1.- El índice de quejas difiere, tanto entre los subgrupos de síntomas de la Escala Revisada de Evaluación del Impacto de Eventos, como en el resto de los instrumentos BDI, BAI, SCL-90-R, en todos los grupos ( PTSD, LAC-PTSD).

2.- Los sujetos control muestran índices de malestar por intrusismo y evitación, superiores a las víctimas de situaciones de maltrato y abuso, independientemente de que éstas cumplan los criterios diagnósticos completos, menores, o ninguno.

Este hallazgo es consistente en [27], utilizando escala de evaluación clínica, y autoaplicada, para el estrés post-traumático.

3.- Tanto el cuadro diagnóstico TEPT, como el subtipo TEPT con Síntomas Menores de Evitación, podrían - incluso - estar subestimando los índices reales de sufrimiento traumático en la población.

Malestar intenso sub-sindrómico, detectado recientemente en estudios transculturales; Seeda et al. [28] por ejemplo, detectan un 12% de estrés post-traumático parcial en estudiantes de ambos sexos de la República de Sud-Africa, frente al 8% de sus iguales en Kenia.

En población juvenil carcelaria, [29], de igual forma, capturan un 21% de Estrés Post-Traumático Parcial en el momento actual; otro 21% refiere el cuadro con anterioridad.

Estrés Post-Traumático Parcial, detectado: 18,2%, en una muestra de incapacitados laborales que seguían programas de rehabilitación [30]; 19,7%, en pacientes que han sufrido accidentes en el trabajo [31].

Prevalencia que se sostiene en el 19,3% para el diagnóstico parcial, entre la población civil que soportó terremotos en Taiwán, frente a un menor 10,3% que mostraba criterios DSM para el cuadro completo [32].

Diferencias 'cuantitativas' – cuando las hay - en el número de síntomas para el diagnóstico del cuadro completo reflejado en el DSM, frente a un cuadro diagnóstico de Estrés Post-Traumático Parcial 'cualitativamente no tan distinto' [27], que supone - de igual forma -, 'un problema de salud' [32]: tanto el grupo diagnosticado con el cuadro completo, como los que sufren con un 'cuadro parcial', acuden de 'la misma forma' a un 'clérigo, consejero, o médico' [17] - o a algún abogado [33] - , en busca de ayuda.

Cuando los métodos de evaluación 'cambian' [17], o se 'incorporan eventos traumáticos constatados', las tasas epidemiológicas de estrés post-traumático varían sustancialmente, comprobándose una incidencia en la población femenina, 'que no puede ser ignorada'.

El impacto de cada tipo de trauma, las nuevas formas de reconocimiento del cuadro, las especificidades en cada tramo de desarrollo y edad, la influencia de otras variables bio-psico-sociales, el tiempo transcurrido tras la exposición, entre otras, son variables que permiten confirmar [33, 26], que la etiqueta, el rótulo de Estrés Post-Traumático, ya es insuficiente para abarcar una afectación compleja, no simple, ni "unitaria".

La inclusión del Trastorno por Estrés Agudo en el DSM-IV, Apa [8,9], por ejemplo, estuvo motivada - precisamente - en la necesidad de considerar aspectos temporales en la presentación y duración de

los síntomas - que no habían sido reconocidos hasta esa fecha -, y en la posibilidad de facilitar el reconocimiento de los estadios iniciales de un cuadro, traumático, complejo.

Comprobamos, desde la inclusión y descripción del estrés agudo en el DSM-IV, sin embargo, la mención de síntomas de 'desrealización' – criterio B3 - , y 'despersonalización' - criterio B4 -, que no aparecen especificados para el Trastorno por Estrés Post-traumático.

A pesar de que algunas distorsiones de los acontecimientos constituyen 'desrealización', y otras distorsiones del sí mismo delatan 'despersonalización'; fenómenos 'disociativos', precisamente, al ser experiencias que ocurren 'fuera de lugar' [34], y resultan 'mas prototípicas' [35] de lo que el DSM reconoce (compruébese [36], esta asociación entre Estrés Post-Traumático y Disociación; posteriormente, repárese en la diferenciación 'embotamiento – disociación' [37] ).

De estar presente en el DSM este cuadro diagnóstico Subtipo de Estrés Post-Traumático Parcial propuesto, tampoco sería necesario recurrir a la valoración de qué es 'la normalidad esperable' introducida por la APA en el DSM-IV-TR [10,11], para etiquetar de Trastorno Adaptativo a personas aquejadas de intenso malestar - también en el criterio F -, producido por agentes externos no señalados aún en el DSM.

El reconocimiento explícito en el Manual, contribuirá a desenmascarar la 'posición médico-legal-social' [38] actual de los afectados por estrés post-traumático parcial, obligando a redefinir también, los instrumentos de evaluación.

**Estrés Post-Traumático Complejo**

El impacto que produce el trauma [39], no sucede en el 'vacío'. Sus efectos son 'multidimensionales' y abarcan la totalidad del funcionamiento psicológico del individuo.

Los DSM, aportan únicamente un 'esqueleto estructural' que permite acercarse a la comprensión de los diversos 'parámetros' del trastorno; pero los 'efectos severos del trauma', constituyen 'mucho más' que un 'agregado' de síntomas.

Esta diferenciación en Estrés Post-Traumático simple y complejo, ya fue propuesta por Herman [40] - a partir de la observación clínica - , al comprobar en sujetos expuestos a experiencias traumáticas, la existencia de síntomas centrales del trastorno. De la misma forma, que otros pacientes en circunstancias similares, manifestaban múltiples problemas adicionales: abuso de substancias, ideación suicida, complicaciones psicosomáticas, cambios de carácter e identidad, conductas autolesivas, entre otros.

El tipo de T.E.P.T. simple propuesto [40] correspondería con la descripción del trastorno reconocida en el DSM-IV-TR [41].

El concepto de T.E.P.T. complejo – semejante a la división en 'trauma tipo II' efectuada por Terr [42] - resulta apto para describir los problemas asociados con la 'exposición prolongada' a estresores traumáticos interpersonales, capaces de provocar una afectación intensa en la personalidad del sujeto.

El trauma 'tipo I', se produce [42] a partir de un evento singular en la vida del afectado, que no pierde necesariamente la memoria de los acontecimientos. Alucinaciones visuales, o distorsiones temporales, suelen estar presentes, en estos casos.

La 'repetida exposición' a eventos 'externos de carácter extremo', provocan el trauma 'tipo II' [42] .

Entre los niños evaluados [42], asignados al trauma 'tipo II', se observan dificultades 'adicionales' [41], en la memoria de sus experiencias; manifestando – de forma agregada - negativismo, conductas disruptivas, desafiantes, impulsivas y autodestructivas, desordenes disociativos, trastornos de atención e hiperactividad, trastornos de la identidad, somatizaciones, identificación excesiva con el victimario, síntomas disociativos recurrentes, o depresión..

Dentro de esta 'exposición prolongada' [43] señalan la oportunidad de discriminar entre 'eventos múltiples' – pertenecientes al trauma tipo II propuesto [42] - , y aquellos otros de 'especial violencia, y continuidad' - abusos sexuales contínuos, o agresiones 'imprevisibles' frecuentes, por ejemplo - señalados como 'trauma tipo III" [43].

Para detectar esta 'traumatización múltiple', resulta necesario 'evaluar' la historia social (familia, escuela, trabajo, amistades, abuso de alcohol, drogas, historia clínica, estrategias de afrontamiento, historia delictiva, presencia de negligencias y abusos, entre otros), de la misma forma que 'indagar' tras los síntomas superficiales de 'afectación profunda' que muestran [43].

Tras este escrutinio, se encuentra una alta asociación entre la 'severidad percibida' del agente estresor y el sufrimiento evocado, mayor que la propia 'exposición' [44] . Es, la 'sofisticada y

multidimensional percepción del trauma ' [45], en la que interactúan 'reactividad emocional – vulnerabilidad - integridad física, y moralidad'.

Ya señala el DSM, el riesgo de que precedan, continuen o coincidan - conjuntamente con el trastorno por estrés post-traumático -, los trastornos de angustia, obsesivos-compulsivos, fobia social – fobia específica, depresión mayor, trastorno bipolar, ansiedad generalizada, o consumo de substancias; también alcanza a reconocer la 'posibilidad de estar asociado' el T.E.P.T., a un 'aumento del porcentaje' de trastornos somáticos y, 'posiblemente' de enfermedad médica [10,11].

Sin embargo, la descripción y propuesta de T.E.P.T. Complejo, como T.E.P.T. con dificultades intensas en personalidad, somatizaciones persistentes, depresión y síntomas disociativos conjuntos, no se menciona en el manual, claramente, aún.

Coincidimos con Herman, al advertir repetidamente [ 40, 46, 47] del 'error' de tipificar a las víctimas con esta afectación múltiple, como 'desordenes de personalidad', sin efectuar un rastreo en ese historial prolongado de victimización, o traumatización, que emerge detrás de la 'cronicidad' [37] o persistencia de síntomas.

Errores diagnósticos facilitados por la fuerte afectación comórbida detectada - depresión, ansiedad generalizada, otros desordenes del eje I, y II, conductas suicidas, deterioros en el eje IV -, en este tipo de personas traumatizadas, con cuadro completo, o 'incluso parcial', de T.E.P.T. [48].

Los cuales, muestran una afectación 'similar' [27], 'severamente' enraizada [ [37] en las covarianzas internas, las 'relaciones causales' [49], 'intercorrelacionadas' [50] – entre síntomas y categorías - que auditamos en este trabajo.

"Conceptualizar la psicopatología de la víctima como respuesta a una situación abusiva", donde la 'desintegración de la identidad', no es 'idéntica a un desorden de personalidad ordinario'; la víctima 'crónicamente' traumatizada, sufre 'en silencio', por 'falta de comprensión' de su damnificación 'compleja' [ 40,46,47].

Utilizando entrevista estructurada [51], además de aplicación de escalas y cuestionarios, para población con diversos tipos de trauma, y analizando la 'magnitud' de cada uno de ellos (asaltos sexuales diversos, agresiones violentas, asaltos y agresiones físicas, homicidio en familiares o allegados, accidentes graves, desastres naturales, experiencia en combate militar, que finalmente fueron agrupados en tres tipos de trauma: violencia interpersonal temprana, violencia interpersonal posterior, y desastres), siete áreas son detectadas para el T.E.P.T. complejo:

· Oscilaciones en la regulación del afecto, e impulsividad ( por ejemplo, dificultades para controlar la ira, el afecto, conducta sexual, ideación autolítica ).

· Alteraciones en conciencia y atención (por ejemplo, episodios disociativos, amnesia, despersonalización transitoria).

· Alteraciones en la percepción del sí mismo (p.e., sensación de estar permanentemente apesadumbrado y dañado, culpabilización, responsabilidad excesiva, dificultades de comprensión).

· Alteración de la percepción de la figura del abusador, del intimidador (p.e., idealización del victimario en el abuso sexual, preocupación excesiva por el bienestar del victimario).

· Alteraciones en la relación con otros (p.e., incapacidad para tratar con otros, procesos de revictimización, victimización a otros ).

· Somatizaciones (p.e.,quejas contínuas, problemas digestivos, cardiovasculares, síntomas de conversión motora o sensorial).

· Alteración del sistema de signifcados (p.e., desesperanza, indefensión, cambios drásticos en las creencias sostenidas previamente).

Resulta de interés señalar la precaución adoptada en este estudio: conjuntamente, al interés por apresar la amplitud sintomatológica que presentan los afectados, se tiene la cautela de diferenciar - y posteriormente evaluar, entre grupos -, diferentes tipos de traumas.

Esta afectación traumática múltiple, tanto como la traumatización persistente, crónica, sostenida, respecto al agente estresor, comprobemos, continua agrupada en una misma etiqueta, un solo rótulo, tipología, en el DSM-IV-TR.

**Referencias bibliográficas**

[1] Lifton, R.. Death in life: survivors of Hiroshima. New York, Random House. 1967

[2] Moriyama, N.. Actualities of ‘post-traumatic stress disorder. J Clin Psychiatry,1990;32 (5).

[3] Howorth, P. The treatment of shell-shock. Psychiatr Bull 2000;24: 225–7

[4] Satel, S.. Book Reviews, Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies. Psychiatr Serv 2005; 56 (6) : 758-9.

[5] Munford, D. Emotional distress in the Hebrew Bible. Somatic or psychological. Br. J. Psychiatry 1992;160.

[6] Birmes, P., Hatton, L., Bruner, A., Schmitt, L. Early historical literature for post-traumatic symptomatology. Stress and Health, Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 2003;19 (1):17-26.

[7] Mumford, D. Somatic symptoms and psychological distress in the Illiad of Homer. Br. J. Psychiatry 1996; 41.

[8] Dean, E.T. Shook Over Hell, Post-traumatic Stress, Vietnam and the Civil War. Cambridge, Harvard University Press, 1997.

[9] American Psychiatric Associattion. DSM-III, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th Edition. A.P.A., Washington, D.C.;1980.

[10] Buckley, T., Blanchard, E., Hickling, E. A confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms. Behav Res Ther, 1998; 36.

[11] McWilliams, L., Cox, B., y Asmundson, G. Symptom structure of posttraumtic stress disorder in a nationally representative sample”. Journal of Anxiety Disorder, 2005, vol. 19.

[12] American Psychiatric Associattion. “DSM-III-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th Edition., rev. A.P.A., Washington, D.C.; 1987.

[13] American Psychiatric Associattion. DSM-III-R, Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 3ª edición revisada, Masson, Barcelona; 1988.

[14] American Psychiatric Associattion. DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. A.P.A., Washington, D.C.; 1994.

[15] American Psychiatric Associattion. DSM-IV, Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición, Masson, Barcelona;1995.

[16] American Psychiatric Associattion. DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, rev. A.P.A., Washington, D.C.; 2000.

[17] American Psychiatric Associattion. DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición revisada, Masson, Barcelona; 2002.

[18] Goto, T., Wilson, J.. A review of the history of traumatic stress studies in Japan. Trauma Violence Abuse 2003; 4 (3).

[19] Weiss, D., Marmar,C.. The impact of Event Scale-Revised". En "Assessing Psychological Trauma and PTSD, Wilson,J. y Keane, T., Editores. The Guilford Press, New York; 1997.

[20] Scott, W.J..PTSD in DSM-III: a case in the politics of diagnosis and disease. Soc Probl 1990;37(3).

[21] Hambridge, D.M. Flashbacks and PTSD, en 'Correspondence', Br. J. Psychiatry 2003; 183.

[22] Cooper, R. What is wrong with the DSM ?. Hist. Psychiatry 2004;15 (1).

[23] McNally, R. Conceptual problem with the DSM-IV criteria for Posttraumatic Stress Disorder. En Rosen, G.M., Editor. Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies. Wiley and Sons, Ltd.; 2004.

[24] Sosa, C., Capafons, J. Estrés Postraumático, Editorial Síntesis. Madrid; 2005.

[25] González-Rivera, J.L. Nosología psiquiátrica del estrés. Psiquis 2001; 22 (1).

[26] Orengo-García, F. Sobre psicotraumatología. Psiquis 2002; 23 (5).

[27] Southwick, S., Morgan, C., Darnell, A., Bremner, D., Nicolau, A., Nagy, L., Charney, D.Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm: a 2 year follow-up. Am J Psychiatry 1995;152.

[28] Shatan, C. Entrevista. Revista de la Sociedad Española de Psicotraumatología y Estrés Postraumático 2001; 0.

[29] Orengo-García, F., Rodríguez,M., Lahera, G., Ramírez, G. Prevalencia y tipos de trastorno por estrés postraumático en población general y psiquiátrica. Psiquis 2001;22 (4).

[30] Hales, R., Zatzick, D.. What is PTSD ?. Editorial en Am J Psychiatry 1997;154 (2).

[31] Hellawell, S.J., Brwin, C.R. A comparison of flashbacks and ordinary autobiographical memories of trauma: cognitive resources and behavioural observations. Behav Res Ther 2002; 40.

[32] Rynearson, E., McCreery, J. Bereavement after homicide: a synergism of trauma and loss. Am J. Psychiatry 1993;150.

[33] Mayer, P., Pope, H. Unusual flashbacks in Vietnam veteran. Am. J Psychiatry 1997;154.

[34] Rosen, G., Sageman, M., Loftus, E.. A historical note on false traumatic memories. J Clin Psychol 2004; 60(1).

[35] Jones, E., Vermaas, H.R., McCartney, H., Beech, C., Palmer, I., Hyams, K., Wessely, S. Flashbacks and post-traumatic stress disorder: the genesis of a 20th-century diagnosis. Br. J. Psychiatry 2003; 182.

[36] Weather, F., Keane, T., y Davidson, J. Flashback and PTSD in US veterans. En Zammit, S., Editor . Correspondence. Br. J. Psychiatry 2003;183.

[37] Weather, F., Keane, T., y Davidson, J. Clinican-administered PTSD scale: a review of the first 10 years of research. Depress Anxiety 2001;13.

[38] Ben-Ezra, M. Flashbacks and PTSD. Br. J. Psychiatry 2003; 183.

[39] Solomon, E.P., Heide, K.M. .Type III Trauma: toward a more efective conceptualization of psychological trauma. Int J of Offender Ther Comp Criminol 1999; 43 (2).

[40] Ozer, E., Weiss, D. Who develops post-traumatic stress disorder ?. Current Directions in Psychological Science 2004;13 (4).

[41] Koch, W., O'Neill, M., Douglas, K. (). "Empirical limits for the forensic assessment of PTSD litigants". Law Hum Behav 2005; 29 (1).

[42] Araña Suárez, M., Pedreira Massa, JL., Porras Obeso, S. . Parcial, Simple, Complejo: subtipos de estrés postraumático pendientes de inclusión en el DSM. VII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, 2006. Accesible en www.interpsiquis.com .

[43] Araña Suárez, M., Pedreira Massa, J.L., Bussé i Oliva, D.. Disforia, un factor diagnóstico ausente en el TEPT-DSM. VII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, 2006. Accesible en www.interpsiquis.com .

[44] Araña Suárez, M., Porras Obeso, S., Bussé i Oliva, D. Insuficiencias en el TEPT-DSM, a partir de la Escala de Evaluación del Impacto de Eventos. VII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, 2006. Accesible en www.interpsiquis.com .

[45] Wilson, J. PTSD and Complex PTSD. En Wilson, J. y Keane, M., editores. Assessing Psychological Trauma and PTSD, Segunda Edición, Guilford Publications 2004.

[46] Douglas, K.S., Huss,M.,Murdoch, L.L., Washington, D., Koch, M. Postraumatic stress disorder stemming from motor vehicle accidents: legal issues in Canada and the Uited States. En Hickling, E., Editor. The international handbook of road traffic accidents and psychological trauma: current understanding, treatment and law. Pergamon Press, Oxford, England, 1999.

[47] Del Río Sánchez, C. Guía ética profesional en psicología clínica. Psicología Pirámide. Madrid, 2005

[48] Franca-Tarrago, O. Etica para psicólogos. Desclée de Brouwer. Bilbao, 2001.

[49] Asmundso, G., Stapleton, J., Taylor, S. Are avoidance and numbing distinct PTSD.
J.Trauma Stress 2004; 17 (6).

[50] McMillen, J., North, C., Smith, E.. What parts of PTSD are normal: Intrusion, Avoidance, or Arousal ?. Data from the Northridge, California, Earthquake. J Trauma Stress 2000; 13 (1).

[51] Maes, M., Delmeire, L. Schotte, C., Janca, A., Creten, T., Mylle, J., Struyf, A., Pison, G., Rousseeuw, P.. Epidemiologic and phenomenological aspects of post-traumatic stress disorder: DSM-III-R diagnosis and diagnostic criteria not validated. Pyschiatry Research 1998;81.

[52] Maes, M., Delmeire, L., Schotte, C., Janca, A., Creten, T., Mylle, J., Struyf, A., Pison, G., Rousseeuv, P. .The two-factorial sympomts structure of post-traumatic stress disorder: depression-avoidance and arousal-anxiety. Psychiatry Research 1998;81.

[53] Mylle, J., Maes, M. Partial posttraumatic stress disorder revisited. Journal of Affective Disorder 2004; 78

[54] Weems, C., Saltzman, K., Reiss, A., Carrion, V.A porspective test of the association between hyperarousal and emotional numbing in youth with a history of traumatic stress. J Cl Child Adoles Psychol 2003;32(1).

[55] Wilson, J., Friedman, M., Lindy, J. Treating psychological trauma and PTSD. Guildford, New York, 2001.

[56] Dalgleish, T., Power, M. Emotion-specific and emotion-non-specific components of posttraumatic stress disorder (PTSD): implications for a taxonomy of related psychopathology. Behav Res Ther 2004; 42.

[57] Kashdan, T., Elhai, J., Frueh, C.. Anhedonia and emotional numbing in combat veterans with PTSD. Behav Res Ther 2005, aceptado para publicación, pero aún no editado en el momento de la realización de este trabajo.

[58] Iribarrem, J., Prolo, P., Neagos, N., Chiappelli, F. Post-Traumatic Stress Disorder: Evidence-Based Research for the Third Millennium. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 2005; 2(4).

[59] Sosa, C., Capafons, J. Turno de Preguntas. En Tribunal de Fase de Investigación, Doctorado en Psicología Clínica y Salud. Departamento PETRA, Facultad de Psicología, Tenerife, 2005.

[60] Ibáñez,E., Avila, E. Psicología forense y responsabilidad penal. En E. Garzón, Psicología y Justicia. Promolibro, Valencia, España; 1989.

[61] Berganza, C.. Ampliación de la base internacional para el desarrollo de un sistema diagnóstico integrado en psiquiatría. World Psyquiatry 2003, Julio.

**Estrés Post-Traumático Parcial**

Esta problemática clasificatoria aún 'pendiente' en el diagnóstico y clasificación del estatus taxonómico real del Estrés Post-Traumático en el DSM [1,2,3] ha llevado a distintos autores a proponer claramente la inclusión del subtipo Estrés Post-Traumático Parcial, basado –principalmente - en :

a.- El número, composición, y tipo de síntomas necesarios para el diagnóstico [17, 18, entre otros];

b.- En la relevancia clínica de la afectación 'sub-sindrómica', o 'sub-umbral' del cuadro [19, 20, 21, 22, entre otros].

Asmundson et al. [23], tal como hicieran anteriormente otros [ 24, 25], señalan la necesidad de profundizar en los factores de Evitación y Embotamiento, como objetivos de investigación; de donde emergerán los hallazgos que nos faciliten la aceptación de nuevas formas de presentación del cuadro, permitiendo aumentar la sensibilidad en la evaluación de los síntomas, facilitando la precisión y diferenciación de los objetivos del tratamiento.

Schützwohl y Maercker [26], anteriormente, propusieron tres subtipos para el Trastorno por Estrés Post-Traumático, a partir de la evidencia empírica analizada sobre el criterio C:

· Trastorno por Estrés Post-traumático Completo, para aquellas personas que cumplen todos los criterios del DSM.

· Trastorno por Estrés Post-traumático con Síntomas Menores de Evitación - 'Lowered Avoidance Criterion PTSD, LAC-PTSD' -.

· Trastorno por Estrés Post-traumático Parcial, para traumatizados, que poseen los criterios DSM de reexperimentación, o evitación, o sobreactivación, combinaciones no suficientes para un cuadro completo.

En el estudio efectuado con personas que han experimentado situaciones con alta prevalencia de abuso y maltrato, estos autores encuentran:

a.- Síntomas: 88% de los participantes en el estudio, refieren reexperimentación; 34%, evitación; 61%, síntomas de sobreactivación.

b.- Diagnóstico: 31% de víctimas con cuadro completo de T.E.P.T.; 41% diagnosticadas de 'LAC-PTSD', o Estrés Post-Traumático con Síntomas Menores de Evitación.

Schützwohl y Maercker [26], efectúan una comparación de síntomas en víctimas de maltrato. Aplican la Escala Revisada de Evaluación del Impacto de Eventos, conjuntamente con el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck , y la escala de síntomas de Derogatis, SCL-90-R.

Proceden a analizar los tipos de quejas, en primer lugar, aplicando los criterios diagnósticos DSM para el trastorno por estrés post-traumático; posteriormente, analizan el sufrimiento que refieren este tipo de víctimas, para el cuadro-subtipo de Estrés Post-Traumático con Síntomas Menores de Evitación – LAC-PTSD, [26] - .

Reproducimos en la tabla 1, directamente del original, los resultados.