7º Congreso Virtual Internacional de Psiquiatria
Interpsiquis 2006

Síntomas restrictivos actuales en el criterio 'C', T.E.P.T.-DSM: un problema clínico, psicopatológico y forense.

(Present restrictives symptoms in 'C' criterion, PTSD-DSM: a clinical, psychopathological and forensic problem.)

Mario Araña Suárez*; David Bussé i Olivé; Jose Luis Pedreira Massa***.**

* Departamento P.E.T.R.A., U.L.L., Investigador
Sociedad Científica ACAPI-PSICONDEC, Director
Contacto; e-mail: marasuar@ull.es;

** Centro de Salud Mental de Adultos Horta- Guinardó, Barcelona
Centro Español de Psiquiatría Basada en la Evidencia, Director

*** Hospital Universitario Niño Jesús
Universidad Autónoma de Madrid

(*) Ausencia de Conflictos de Interés, Declarada

PALABRAS CLAVE: Estrés Postraumático, Evitación, Embotamiento, Contextos Forenses.

(KEYWORDS: Post Traumatic Stress Disorder, Avoidance, Numbing, Forensic Context.)
[21/2/2006]

Resumen

Realizamos un análisis de los síntomas del Criterio 'C', en el Trastorno por Estrés Post Traumático, señalando algunas de las controversias que cuestionan la validez actual del Criterio reconocido en el D.S.M. ; indicando la necesidad de considerar los niveles de afectación sintomatológica subumbral, o subsindrómica, por su repercusión en la actuación clínica, psicopatológica, y en contextos forenses.

Una versión previa de este trabajo ha sido publicada en Revista Internauta de Práctica Jurídica, Universidad de Valencia, nº 17, Enero a Junio de 2006.

Abstract

In this paper, we analyse the symptoms of the 'C' Criterion, in — Post Traumatic Stress Disorder, indicating some of the controversies that question the present validity of the Criterion recognized in the D.S.; to point out the necessity to consider the levels of subthreshold symptomatologic affectation, os subsyndromic, by their repercussion in the clinical, psychopathological performance, and in forensic contexts.

Denominación

Es el trastorno por estrés post-traumático, un diagnóstico que ha recibido distintas denominaciones a lo largo de la historia de disciplinas como psiquiatría, medicina, psicología: 'Síndrome de adaptación post-bomba', por ejemplo, en [1]; u otros, como 'neurosis de guerra, neurosis situacional, histeria traumática, neurosis traumática, depresión nerviosa post-traumática, neurosis de custodia, neurosis de víctima, neurosis pensional, neurosis de compensación, neurosis intencional' [2].

Ya estaba reconocido como "shell shock" por la British Army desde 1914 [3, 4]; puede identificarse en La Iliada de Homero [5, 6]; hasta en la Biblia Hebrea [7]; o, entre los veteranos de la Guerra Civil Norteamericana [8], denominado como 'nostalgia' [9].

Criterios D.S.M. para el T.E.P.T

Desde su introducción en el DSM-III [9], los criterios diagnósticos para el Trastorno por Estrés Post-Traumático se han presentando como sintomatología basada en 'clusters' [10, 11] agrupados en cuadros sintomáticos tipo B, C, y D, secundarios al agente estresor – criterio A – [12,13], DSM-IV [14,15], DSM-IV-TR [16,17].

Los clusters actuales del DSM no corresponden totalmente con estas descripciones añejas, pero la congruencia con el síndrome general de estrés post-traumático actual, es 'notable' [18].

Estos conjuntos de síntomas han sufrido ligeras modificaciones en las sucesivas versiones del DSM, pero su estructura principal tipológica, ha permanecido prácticamente idéntica, en las mismas categorías: re-experimentación de síntomas – criterio B -, evitación – criterio C-, activación/arousal – criterio D -, como trilogía 'homogénea' [19], consensuada entre expertos para su inclusión en el manual diagnóstico DSM.

Sin embargo, cuando efectuamos una revisión de los diversos estudios que efectúan análisis factoriales de los síntomas del Estrés Post-traumático [42, 43, 44], no encontramos esta triple estructura subyacente reconocida en los DSM, constatando variaciones dimensionales en función de las características de la población, y del tipo de trauma analizado en cada estudio (veteranos de Vietnam, frente a traumas en población civil, entre otros de ejemplo).

Estas investigaciones sugieren que la categorización actual del trastorno reflejada en el DSM, no captura la totalidad de los síntomas post-trauma, como comprobamos a continuación.

Algunas Controversias en el T.E.P.T.- D.S.M.

La 'política diagnóstica' [20], desarrollada para la inclusión del Estrés Post-Traumático en el DSM, tras las presiones de 'abogados y psiquiatras implicados en el movimiento anti-guerra' [21, 22, 23], está plagada de cuestionamientos acerca de la validez del Trastorno como constructo unitario, desde su inicio.

Aunque, como reflejamos en la tabla 1, han existido 'coincidencias en el tiempo' [24] con 'fluctuantes consensos' [25], que han permitido diversos 'desplazamientos del acento' [26] en los Comités Decisorios de la American Psychiatric Association, respecto al Estrés Postraumático.

	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-IV-TR
Evitación	x	3, de 7 síntomas		
Embotamiento	x			
Evitación y Embotamiento			Mínimo 3, de 7 síntomas	Mínimo 3, de 7 síntomas

Tabla 1.- Evolución de las Categorías de Síntomas de Evitación y Embotamiento en los sucesivos DSM

Para unos, en este trastorno se evalúa el 'relato' [27], la versión actual del paciente, de lo que ocurrió en el pasado, cuando los afectados presentan en el presente, dificultades en su memoria autobiográfica, junto a una 'pérdida de la capacidad de confianza' [28]en los demás seres humanos, y una 'actitud defensiva' [29], como estrategia para aliviar un 'estrés abrumador' [28].

La interrogante "¿ Qué es el estrés post-traumático ?" [30], se formula, por ejemplo, frente a síntomas 'autobiográficos y situacionales' [31] como el flashback, donde la repetición de eventos sensoriales relacionados con el trauma se produce - en ocasiones -, 'hasta 30 años más tarde' [28]; o, en personas que 'no han estado en la escena del crimen' [32]; cuando el relato del afectado no coincide con lo que se sabe que 'realmente' ocurrió [33]; y las fantasías pueden saturar el contenido de las reminiscencias - como se sabe 'desde los tiempos de Kraepelin' [34] -.

Para otros autores [35] , la frecuencia de este fenómeno se dispara a partir de los 'disturbing pictures' en films sobre Vietnam, comercializados a partir de los años 1960. Es, para ellos, un síntoma 'ausente' entre los desordenes de excombatientes en la II Guerra Mundial.

Weather, Keane, y Davidson [36], replican inmediatamente, sin embargo, que ya constataron la presencia de un '14,6% de flashback' entre los veteranos excombatientes evaluados tras la II Guerra Mundial, mientras que entre los 'correctamente diagnosticados de T.E.P.T. tras Vietnam, el 60% no refiere flashback' [37].

El criterio diagnóstico B3 - 'episodios (flashback) disociativos' –, 'aparece' [38] en el DSM-III-R, pero no se aclara su significado, ni se incluye entre los términos técnicos del glosario.

Este paréntesis, desaparece en el DSM-IV, y se introduce el concepto en el catálogo - en la edición original en inglés del Manual [14], no en la versión española [15]-, como 'una reexperimentación de la memoria, sensaciones, o experiencia perceptiva, sobre acontecimientos del pasado' [38].

Frente a la preocupación etiológica centrada – necesariamente - en el Criterio A, su composición y evolución en el DSM [39], los orígenes remotos o genéticos de la traumatización, las características pre-trauma, los factores de riesgo asociados – o 'predictores' [40] -, el carácter natural-artificial del cuadro (véase, Cooper [22] como ejemplo), u otras consideraciones situadas en las 'fronteras del trauma' [41], revisamos [42, 43, 44] las categorías de síntomas reconocidas en el Manual a partir de los análisis empíricos que se han efectuado en las últimas décadas, tratando de apresar la estructura subyacente en los criterios diagnósticos de un trastorno que evidencia 'mucho más que la pérdida de la dignidad´, alcanzando la vivencia de la destrucción de 'la integridad', del propio 'yo' [28].

Las 'limitaciones' [41] en el Criterio 'C', que se 'evidencian', repercuten en el área de la actuación clínica general, psicopatológica, y principalmente, en el ámbito de los dictámenes forenses; y no sólo en individuos aislados, ya que 'lamentablemente' [24] la experiencia traumática es una 'onda expansiva' que suele afectar en 'cascada', no sólo a la víctima original.

A partir del análisis de las relaciones entre criterios y la dimensionalidad en los síntomas, así como del 'esqueleto estructural' [45] tipológico descrito, revisamos [42,43,44] los subtipos de trastorno propuestos, tratando de estimular la reflexión en este problema diagnóstico actual que, como alternativa para su solución, quizás deba y logre alcanzar la inclusión en versiones futuras del manual, como trastorno por estrés post-traumático complejo, o trastorno traumático parcial; entre otras posibles denominaciones diagnósticas, para un cuadro de sufrimiento humano que 'pasa frecuentemente sin ser detectado' [25, 26], debido, en parte, a su ausencia en el catálogo.

Mayor relevancia adquieren, por tanto, análisis como los que presentamos, por su utilidad en contextos legales, donde se presupone el deber – para el forense - de trabajar con información clínica 'basada en la evidencia' [46], evitando sesgos por 'negligencia o impericia' [47], como el 'efecto Barnum' – Informes escasamente desarrollados -, o sesgos de 'minimización del daño'.

No olvidemos que, en este entorno, el experto actúa - y desde un principio- en una posición 'desigual' ; frente al ciudadano que, con altas expectativas de ser tratado con 'objetividad' [46], accede a un nicho de 'intereses', 'conflicto social', y 'judicial' [47], como puede llegar a ser, en ocasiones, la Justicia. A pesar de que el daño o perjuicio sea, cuando menos, 'suficiente' [48], jurídica y sanitariamente.

Incidencia del Criterio C

Es el 'C' – reproducido en la tabla 2 – un Criterio polémico en el D.S.M..

A partir de la restricción a tres o más síntomas de evitación y embotamiento que se requieren en el Manual, existen distintos tipos de líneas con apoyo empírico que sostienen la distinción entre estas categorías de síntomas, basadas en la correlación entre ambas sintomatologías, la estructura factorial que presentan las categorías, los efectos diferenciales del tratamiento, o el prognóstico [49] .

Síntoma	Descripción
1	Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos, conversaciones
2	Esfuerzos para evitar actividades, lugares, pensamientos
3	Incapacidad para ***recordar*** un aspecto importante del trauma
4	Reducción de ***interés o participación*** en actividades gratificantes
5	Sensación de ***desapego o enajenación*** frente a los demás
6	Reducción de la vida afectiva
7	Sensación de un futuro limitado *
	* Desolador, en el DSM-IV, APA (1994, 1995)

Tabla 2.- Criterio C, 3 o más síntomas de Evitación y Embotamiento en DSM-IV-TR, APA [16,17]

Estos síntomas de evitación y embotamiento –tabla 2 - presentes de forma conjunta en el DSM, suelen ser los que presentan las tasas de incidencia más bajas, y se evocan más tarde, como refieren algunos autores en otra revisión [50] .

En el apartado empírico de su trabajo, con sujetos víctimas de eventos traumáticos naturales, no se refiere la presencia de síntomas el Criterio C aislados ni de los criterios B y C juntos, pero sí del D (3%), del B (14%), del B y D (48%), y del B+ C+D (15%). Orengo-García et al. [29], posteriormente, 2001, refieren hallazgos prácticamente semejantes, en España.

Por otra parte, continuando con McMillen et al. [50] ,el 20% no presentaba ninguno de los criterios establecidos en el DSM, lo que demuestra que la incidencia del trastorno no es uniforme en todas las víctimas de eventos traumáticos (tabla 3).

Clasificación de Síntomas Criteriales del T.E.P.T	%
Ningún criterio	20 %
Criterio B, sólo	14 %
Criterio C, sólo	0
Criterio D, sólo	3 %
Criterios B y C, sólos	0
Criterios B, y D, sólos	48 %
Criterios B, C, y D	15 %

Tabla 3.- Porcentaje de Síntomas en categorías, en McMillen, North y Smtih [50]

Los síntomas más comunes referenciados, fueron disturbios en el sueño, recuerdos intrusivos, exagerada respuesta de sobresalto.

Sólo tres síntomas, pertenecientes al Criterio C, fueron señalados como infrecuentes: amnesia traumática, sensación de futuro desolador, pérdida de afecto hacia los otros.

A pesar de reducir el punto de corte a dos síntomas – no a tres, como requiere el DSM actual - para el Criterio C, muy pocos individuos evocan este tipo de síntomas.

Algunas de las implicaciones que se derivan de estos estudios de McMillen, North y Smtih [50], como de Orengo-García, Rodríguez, Lahera y Ramírez [29] – aún con las limitaciones que puedan objetarse -, son claras:

1.- Las experiencias traumáticas extremas, pueden originar tasas altas de Estrés Post Traumático, pero también altos niveles de malestar psicopatológico que no alcanzan el umbral suficiente para rotular un desorden tipo TEPT, tal como se refleja en el DSM y, sin embargo, requieren intervención clínica.

2.- La vivencia personal del suceso, parece jugar un papel determinante en la activación del 'ciclo patogénico' [25], o 'reacción de vivencia', "en zona de tiempo escindido' [28].

3.- Delata la falta de legitimación empírica de la validación efectuada por consenso en el DSM con este trastorno, que tomó como referencia los casos más extremos de entre las víctimas de Vietnam, cuando no se presenta el cuadro traumático de la misma forma unidimensional, ni en todas las personas, ni ante todo tipo de situaciones desastre.

Como sostienen Maes, Delmeire, Schotte, Janca, Creten, Mylle, Struyf, Pison y Rousseeuw [51,52], y Mylle, Maes [53], por tanto, es 'razonable' asumir que – en el DSM - el criterio C sea demasiado 'restrictivo'; y que los criterios B y D, respecto al C, 'no estén bien balanceados'.

Por ejemplo: la sobreactivación 'está asociada' con posterior embotamiento emocional; pero el embotamiento emocional 'no es un predictor robusto' de una subsiguiente sobreactivación [54].

A este respecto, Asmundson, Stapleton y Taylor [49] recuerdan la necesidad de diferenciar la evitación 'pasiva', de la 'activa', así como tomar en consideración 'el momento' de la presentación de los síntomas, donde actúan variables moduladoras, como las características del sujeto, su sensación de control, el apoyo social; el tipo, la intensidad-duración de la experiencia traumática, u otras.

Taxonomización del Critero 'C', pendiente

El papel que desempeñan estos síntomas de evitación y embotamiento ('miopía psicológica', [45], con patrones de autodestrucción posterior, indicios o evidencias de desestructuración, desintegración, disociación, incoherencia, angustia existencial, pérdida de la identidad, o la sensación de 'vivir, estar atrapado en un infierno' [55], suponen un reto pendiente de 'taxonomizar' [56].

Como precisan Kashdan, Elhai, Frueh [57] - en un artículo aceptado, y aún pendiente de edición, cuando se redacta este trabajo - : 'no hay evidencia empírica' de la distinción estructural que ofrece el DSM actual, en el criterio C, para un trastorno que resulta, a estas alturas de la historia de la investigación en psicopatología, innegable.

Reflexionemos, por ejemplo, si dentro del 'spectrum' psicopatológico y 'psico-emocional' [58] que evidencia una persona 'herida', con 'lesión' ['psíquica', y en su 'dignidad'], y a pesar de la coexistencia posible de alguna 'actitud defensiva' [26]:

"¿ cabe obviar – sin embargo - algún síntoma de los presentes en alguna de las categorías actuales del T.E.P.T.-DSM ?" [59].

Sin embargo, a la vista de estos datos que mostramos, entendemos que es posible – y, quizás, necesario -, 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 [14] ha incorporado la necesidad de especificar aspectos temporales (Agudo, Crónico, Demorado), en el inicio y duración de los síntomas, actuales.

Como señalamos, estas limitaciones que mostramos en el actual Criterio 'C' - D.S.M., cuando tratamos de apresar la totalidad de la afectación producida por los síntomas de embotamiento y evitación, deberían ser consideradas como un 'instrumento' [60] para el análisis dimensional de la conducta del ciudadano, más que como una carencia clínica, por inutilidad del DSM.

Manual, por otra parte, en proceso de renovación permanente. Que requiere, en la práctica clínica general, psicopatológica - y especialmente en el momento de efectuar valoración y dictamen forense -, que el clínico se aleje de un 'empirismo ingenuo', o 'reduccionista' [61], para poder alcanzar los componentes presentes en esta 'importante circunstancia', de la condición de un sujeto que 'percibe' [26], un 'estrés abrumador', capaz de arrebatar su 'capacidad de confianza' [28] en los demás seres humanos.

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.