

Controversias respecto de la conceptualización del trastorno de estrés postraumático

Controversies in regards to the conceptualization of the post-traumatic stress disorder

Félix Cova S.^{1,a}, Paulina Rincón G.^{1,a}, Pamela Grandón F.^{1,a} y Benjamín Vicente P.²

The controversies respect to the PTSD, since its formulation as a diagnostic category up to the present, have been multiple. Questions have been posed in relationship to its status as a scientific concept because due to socio-historical factors that influenced in its origin as a category as well as in the expansion of its use. Also, queries have been raised concerning the validity of this construct. The concept of traumatic event, the causal relationship between the traumatic event and its psychopathological consequences, the specificity of the traumatic response, are relevant parts of these queries. The article presents an overview of these controversies and states its implications for the understanding and treatment of the psychological consequences of traumatic events.

Key words: Posttraumatic stress disorder (PTSD), construct validity, traumatic events.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011; 49 (3): 288-297

Introducción

El presente artículo ofrece una visión global de controversias existentes respecto de la conceptualización del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). La polémica en torno a esta categoría ha sido particularmente intensa en comparación a otros trastornos del DSM, desde que fue formulada como tal en el DSM-III, abarcando desde quienes ponen en duda la razón de ser de este concepto a quienes sugieren cambios muy específicos de los criterios diagnósticos¹⁻⁴. La atención de este artículo estará puesta en las fortalezas y debilidades de los criterios diagnósticos actuales de TEPT y, en

particular, en lo que ha enseñado la investigación en este tema respecto de cómo entender y abordar los efectos psicológicos de situaciones traumáticas.

Metodología

Se realizó una búsqueda en Medline y Psycinfo de artículos centrados en el trastorno de estrés postraumático publicados en los últimos 10 años y se seleccionaron en particular los artículos de revisión y los de carácter conceptual. Se consultaron asimismo estudios y publicaciones anteriores de referencia en el tema, y los cambios en los Ma-

Recibido: 22/11/2010
Aprobado: 12/06/2011

¹ Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción.

² Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

^a Dr (a) en Psicología.

nuales Diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) desde el DSM-III, incluyendo el estado de la discusión respecto del DSM-V.

Resultados

TEPT y factores sociohistóricos

Un aspecto central de la polémica relativa al concepto de TEPT tiene relación con los factores sociohistóricos que influyeron en la construcción de esta categoría diagnóstica, en particular, la guerra de Vietnam. La situación de los veteranos de guerra generó un importante problema social en los EE.UU., y la confluencia de diversos elementos creó un contexto en que era útil identificar una categoría diagnóstica que permitiera hacer visible el efecto psicológico de la experiencia vivida y darle así reconocimiento y legitimidad al sufrimiento experimentado, así como acceso a alternativas de reparación y compensación a los ex-soldados y civiles implicados en el conflicto bélico⁵. Circunstancias análogas habrían favorecido la expansión en el uso de este concepto a situaciones como el maltrato y abuso sexual. En este contexto, se ha planteado que la categoría de estrés postraumático sería particularmente funcional a necesidades de las personas en la cultura occidental de verse y ser vistas como “víctimas”, de justificar médicamente sus impedimentos e, incluso, de recibir compensaciones económicas⁶.

Una visión actualizada de este planteamiento la ofrecen González y Pérez⁷ quienes señalan que el TEPT sería “una realidad histórico-social, inventada para dar salida a una problemática de diversa índole (moral, política, económica) que por lo visto la sociedad prefiere tramitar en términos clínicos individuales”. Para estos autores, el TEPT viene a darle una imagen de enfermedad o trastorno definido a una diversidad de problemas de distinto origen y mucho más “abiertos”, generando una narrativa que simplifica las dificultades, las remite a hechos del pasado (“el trauma”), dándoles además un “formato” a éstas que atrapa a los clínicos (quienes sólo “oyen” los síntomas encuadrados en el trastorno) y a las personas quienes serían de

algún modo “entrenadas” en el lenguaje de estos síntomas. En la misma dirección Young⁵ señala que este trastorno no es independiente de la historia ni posee una unidad intrínseca. Sería el resultado del entramado de prácticas, tecnologías y narrativas con las cuales es estudiado, tratado y representado, y de los variados intereses, instituciones y argumentos morales que movilizan estos esfuerzos y recursos.

Esta perspectiva crítica del TEPT tiene el valor de destacar la influencia de factores históricos, sociales, económicos y culturales en la conceptualización de los trastornos mentales en general y, en específico, en relación al desarrollo y extensión del concepto de TEPT. Desde el punto de vista clínico, realza la necesidad de una mirada que sitúe los problemas de las personas en relación a su contexto vital y no los reduzca a relaciones mecánicas y a “síntomas” pre-establecidos como los más relevantes, y desde el punto de vista conceptual pone en duda que las categorías diagnósticas no hagan más que reflejar realidades naturales que les pre-existen. Los temas más complejos que surgen a partir de estos planteamientos son los relativos a cómo entender el concepto de “invención”, y a precisar la implicación epistemológica que tiene mostrar la existencia de influencias sociales en una conceptualización psicopatológica. Ello no implica necesariamente que sean inválidas. Es claro que las diferentes categorías de trastornos mentales corresponden a construcciones conceptuales, y, en ese sentido, a invenciones, y que están influidas por factores sociales. El TEPT no es, en ese sentido, muy diferente de las demás categorías diagnósticas, y lo que correspondería demostrar es que se trata de una invención injustificada, sin validez ni valor científico por tanto.

Validez del concepto de TEPT

Un aspecto que explica el acentuado carácter controversial del TEPT y los constantes cuestionamientos a su validez desde su formulación en el DSM-III es su no ajuste a la lógica general descriptiva y no etiológica de este sistema clasificatorio².

Dos elementos son centrales para sostener la validez del concepto de TEPT: 1) existe una distin-

tiva clase de eventos (los eventos “traumáticos”) que generan consecuencias psicológicas y 2) estas consecuencias psicológicas tienen especificidad^{3,8}. Ambos supuestos han sido discutidos. Influyentes autores consideran que el TEPT debiera ser considerado un trastorno en estudio en el DSM-V⁹. Se analizan a continuación estos supuestos. Se presentan en la Tabla 1, los criterios diagnósticos que el DSM-IV considera para TEPT¹⁰.

Concepto de evento traumático

El concepto de trauma o de evento traumático ha sido abordado desde ángulos muy distintos en las ciencias del comportamiento. El DSM-III¹¹ lo conceptualizó desde una perspectiva “objetivista”: habría ciertos sucesos y experiencias particularmente potentes que desencadenarían consecuencias “traumáticas”. El DSM-III¹¹ y DSM-III-R¹², con matices, definieron a los eventos traumáticos como

Tabla 1. Criterios Diagnósticos para Trastorno de Estrés Posttraumático según DSM-IV

Criterios diagnósticos de tept según DSM-IV
<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2)</p> <p>(1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás</p> <p>(2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos</p>
<p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <p>(1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones</p> <p>(2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar</p> <p>(3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de <i>flashback</i>, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse)</p> <p>(4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático</p> <p>(5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático</p>
<p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <p>(1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático</p> <p>(2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan el recuerdo del trauma</p> <p>(3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma</p> <p>(4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas</p> <p>(5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás</p> <p>(6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)</p> <p>(7) Sensación de un futuro limitado (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, tener la esperanza de una vida normal)</p>
<p>D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausentes antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <p>(1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño</p> <p>(2) Irritabilidad o ataques de ira</p> <p>(3) Dificultades para concentrarse</p> <p>(4) Hipervigilancia</p> <p>(5) Respuestas exageradas de sobresalto</p>
<p>E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes</p>
<p>F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo</p>

estresores reconocibles que evocarían síntomas de malestar en casi todas las personas y que están fuera de la experiencia humana usual (esto último se especifica con el fin de evitar la confusión entre trauma y otros estresores que también podrían tener esta característica, por ejemplo, problemas en la relación de pareja, pérdidas, etc). Esta conceptualización, presente todavía en la CIE-10, fue discutida tras la evidencia de que muchas personas no reaccionan con un malestar acusado frente a eventos considerados traumáticos, lo que obliga a considerar otras variables para explicar la etiología de la respuesta, debilitando la conexión causa-efecto entre evento traumático y trastorno¹³.

La alta frecuencia de ocurrencia de estos eventos en la vida de muchas personas tampoco justifica considerarlos fuera de la experiencia humana usual¹³. El DSM-IV reformuló este criterio (el criterio A) señalando que un evento traumático implica para la persona haber experimentado, presenciado o que le han explicado acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás (criterio A1)¹⁰, y añadió un segundo criterio referido a que la persona debe haber respondido con temor, desesperanza u horror intenso (criterio A2)¹⁰.

Investigaciones mostraron asimismo que la respuesta traumática no era exclusiva de la presencia de “eventos traumáticos”, si bien en general se ha observado que la intensidad del evento muestra relación con la probabilidad de que la respuesta se presente y con su magnitud¹⁴⁻¹⁶. Lo relevante es que eventos no tipificables dentro de la noción DSM de evento traumático muestran relación importante con la presencia y desarrollo de estrés postraumático. Entre éstos, conflictos de pareja, infidelidades, divorcio, problemas laborales y económicos, duelos^{3,17}. Incluso se ha observado que personas con otros problemas psicológicos no expuestas a ningún evento estresor pueden reunir todos los criterios sintomáticos de TEPT¹⁸. Debe tenerse presente, sin embargo, que la evaluación de la evidencia respecto de la influencia de estresores no traumáticos en el desarrollo de TEPT no ha sido suficientemente cuidadosa en distinguir el TEPT propiamente tal de la sintomatología

postraumática.

Entre el DSM-III y el DSM-IV se observa una tendencia a la ampliación del concepto de evento traumático. Esta ampliación ha generado preocupación por el riesgo de que el concepto pierda toda especificidad. De hecho, Breslau y Kessler¹³ observan que el 90% de las personas en EE.UU. experimentan algún evento que califica como traumático siguiendo criterios DSM-IV. McNally¹⁹ ironiza acerca de cómo algunos autores estudian los efectos traumáticos de la extracción de una muela, dar a luz a un niño sano o ser expuesto a rudas bromas sexuales en el lugar de trabajo. Shepard²⁰ señala que “cualquier clasificación que simultáneamente engloba la experiencia de sobrevivir Auschwitz y la de ser expuesto a rudas bromas sexuales en el lugar de trabajo debe ser, por cualquier razonable estándar lego, un sinsentido, un visible absurdo”.

Especial debate ha generado la inclusión a partir del DSM-IV, dentro del concepto de evento traumático, el sólo haber recibido información de eventos traumáticos sin haberlos vivido. Este debate se acentuó luego de la proliferación de estudios posteriores al ataque a las Torres Gemelas en New York que mostraron que muchas personas residentes en ciudades lejanas a New York declaraban sintomatología postraumática, generándose cuestionamiento acerca del significado de este “trauma virtual”^{19,21}.

La relación que estresores “comunes” han mostrado tener con la sintomatología postraumática tiene diversas implicaciones: 1) diluyen el significado de trauma, y pueden trivializar el concepto y hacer que éste abarque situaciones absolutamente incomparables entre sí, 2) acentúan la relevancia de otras variables, complementarias al trauma, para explicar la presencia de sintomatología postraumática, como los factores de vulnerabilidad personal y 3) ponen en duda si los criterios sintomáticos realmente capturan respuestas que se pueden considerar psicopatológicas y merecen atención clínica. Este último tema se aborda en el próximo apartado.

Rosen y Lilienfeld³, concluyen que los estudios de la relación entre evento traumático y TEPT muestran que la mayor parte de la varianza en sintomatología postraumática se debe a factores

ajenos al evento (sin embargo, muestras seleccionadas expuestas a eventos como violación o violencia doméstica muestran tasas elevadas de TEPT donde el rol del evento traumático en el desarrollo de sintomatología es claro). El cuestionamiento de la centralidad del evento traumático para el desarrollo del TEPT ha llevado a los autores a sugerir caminos enteramente opuestos para delimitar mejor el trastorno. Así, Brewin et al.²², han planteado recientemente que el trastorno no requiere, como criterio diagnóstico, se especifique la existencia de un evento traumático, por lo que propone eliminar el criterio A. En la dirección opuesta, se ha señalado que si bien el TEPT tiene un largo camino para ser validado como trastorno, sería indispensable para la coherencia del concepto (y para la investigación al respecto) acotar el concepto de evento traumático. En concreto, se señala que no debiera considerarse eventos traumáticos situaciones no experimentadas directamente^{2,19}. La propuesta en estudio para el DSM-V acerca del TEPT sigue esta última recomendación²³.

La mayor parte del debate en torno a la definición de evento traumático tiene relación con el criterio A1 del DSM. El criterio A2, referido a la presencia de desesperanza y horror, también ha generado debate desde ángulos distintos. Por un lado, como definición se ha planteado que no permite discriminar “la respuesta del estímulo” y dificulta estudiar el efecto de los estresores²¹; por otro, se ha señalado que podría indicar una vulnerabilidad de la persona o ser un estadio inicial de la sintomatología de TEPT²⁴. Otro ángulo de debate es si se justifica la limitación de este criterio a las emociones de horror y desesperanza, existiendo evidencia que otras respuestas emocionales frente al evento traumático, como la culpa, vergüenza, ira, sentimiento de traición o embotamiento, pueden tener igual importancia y consecuencias^{14,25} (estas emociones serían recogidas en la versión en estudio en el DSM-V²³). Otra crítica a este criterio A2 es que se centra en la respuesta emocional inmediata al evento y tanto ésta como su recuerdo pueden cambiar con el tiempo²². Pese a estas críticas, el criterio A2 ha mostrado tener una alta capacidad de diferenciar entre quienes presentarán TEPT y

quienes no en términos negativos, esto es, la no existencia de una respuesta emocional intensa al evento predice la ausencia de TEPT a futuro²⁶.

Características de la respuesta traumática

Un problema que se arrastra desde la formulación del concepto de TEPT es que su denominación tiende a implicar que la respuesta psicopatológica al trauma sería exclusivamente el TEPT, cuando es claro que los eventos traumáticos tienen múltiples consecuencias²², por lo que es necesario eliminar esa implicación. Sin embargo, en general, el TEPT ha mostrado ser el trastorno más frecuentemente observado tras diversas situaciones traumáticas²⁷.

Los criterios DSM-IV permiten una amplia variabilidad de formas de presentación del TEPT. Estos criterios agrupan los síntomas propios del TEPT en tres conjuntos (Criterio B: reexperimentación; Criterio C: evitación, y Criterio D: hiperactivación)²⁸. Dado el solapamiento de muchos de estos síntomas con los de otros trastornos así como la amplia comorbilidad observada entre TEPT y otras categorías diagnósticas, su validez de constructo y discriminante ha sido discutida. Esquematisando, se plantea si añade algo el TEPT a las categorías de depresión y fobia, que serían suficientes para dar cuenta de la mayor parte de su sintomatología⁹. La alta comorbilidad observada entre depresión, ansiedad generalizada y TEPT le ha dado fuerza a ese punto de vista²⁹.

En la dirección contraria, se plantea que si bien es efectivo que el TEPT presenta un conjunto de características que no le son exclusivas, lo que es frecuente por lo demás en muchas categorías diagnósticas, existirían características que tienden a ser específicas del TEPT. Brewin et al.²², plantean que los síntomas del criterio B, en especial las imágenes multisensoriales molestas acompañadas de terror (las memorias “intrusivas” vívidas y los *flashback*) y las pesadillas relacionadas con el evento (presentes hasta en un 70% de los consultantes con TEPT), serían los componentes más característicos del TEPT. En la misma línea, se encuentra la conceptualización que hacen Blanchard & Hickling³⁰ de un Subsíndrome de Estrés Posttraumático que se

caracteriza por la presencia de uno de los síntomas de reexperimentación (el criterio B) y cumplir el criterio C o el criterio D. Sin embargo, la revisión de North et al³¹ concluye que el criterio C sería el más relevante. Justifican esta afirmación en base a diversos estudios que muestran que es más difícil que personas expuestas a eventos traumáticos satisfagan estos criterios que los criterios B y D, lo que implicaría que estos síntomas se diferencian mejor de las respuestas normales frecuentes al estrés. La revisión de estos autores indica que quienes satisfacen el criterio C tienen mucha mayor probabilidad que quienes cumplen los criterios B y D de presentar efectivamente TEPT; el criterio C está más asociado a psicopatología preexistente, a comorbilidad, a búsqueda de tratamiento, consumo de alcohol y dificultades de funcionamiento³¹.

El análisis de North et al³¹ no especifica qué tipo de síntomas del criterio C podrían ser más relevantes, lo que tiene importancia dado que diversos estudios indican que el criterio C incluye dos tipos de síntomas que no deberían ser agrupados juntos: síntomas de evitación de la situación traumática y síntomas de embotamiento³²⁻³⁴. Estos últimos, serían de central importancia como respuesta a situaciones traumáticas, pero no es claro si se diferencian bien de los síntomas depresivos, existiendo propuestas de eliminarlos de los criterios diagnósticos de TEPT para darles más especificidad a éstos²². La propuesta en estudio para el DSM-V plantea separar los síntomas de evitación propiamente tales de los de embotamiento, pero mantiene estos últimos²³.

Desde otro ángulo de análisis, se ha planteado si es posible que un constructo único abarque las dimensiones centrales de diversas experiencias traumáticas. Este último aspecto ha sido poco subrayado. La experiencia de tortura de una persona no tiene las mismas implicaciones subjetivas que un accidente de tránsito. De allí que algunos autores han negado la utilidad del concepto de TEPT para describir la vivencia de una persona que ha vivido experiencias límites³⁵. Probablemente, dimensiones centrales de esa experiencia se pierden tras un concepto que intenta capturar respuestas relativamente observables y comunes de personas

expuestas a distintos tipos de situaciones.

Un aspecto que tiene particular importancia en relación al TEPT es la distinción entre respuestas “normales” y “patológicas” frente a eventos propiamente traumáticos o incluso a estresores en general. Una justificación importante para el concepto de TEPT fue el reconocimiento que determinadas situaciones estresantes podían producir consecuencias no sólo transitorias sino perdurables y resistentes a la extinción por el sólo paso del tiempo. Diversos estudios han mostrado la validez de este planteamiento³⁶. Sin embargo, los criterios diagnósticos actuales no permiten distinguir entre quienes tienen una respuesta traumática “transitoria” y quienes tendrán respuestas más perdurables y discapacitadoras. Ello implica un riesgo de “psicopatologización”³⁷.

Esto es más relevante cuando pareciera que, al menos en ciertos contextos culturales, se refuerza autoinformar sintomatología de TEPT. Éste es un aspecto crucial que ha tenido el debate en torno al TEPT. Al ser un trastorno que tiene implicaciones legales tan relevantes y al permitir a las personas atribuir a un “trauma” sus dificultades, se ha planteado que se puede favorecer el reporte de síntomas, más aun si ellos son identificados a través de procedimientos como las listas de chequeo⁴. Probablemente algunos de los síntomas postraumáticos corresponden a emociones negativas en general o no son difíciles de ser adjudicados a las personas dada la amplitud de interpretación que permiten. Así, personas a quienes se les pide pensar en la peor película que han visto, o en situaciones que les aporaleman en su vida actual informan altas tasas de sintomatología postraumática^{38,39}. No es claro si la dificultad radica aquí en la falta de especificidad de la respuesta postraumática o en los procedimientos para evaluarla. Los procedimientos de autoinforme o los cuestionarios de síntomas (los más empleados en las investigaciones) parecen sobreestimar la sintomatología⁴⁰. Se ha propuesto que los síntomas de TEPT y las respuestas normales al estrés no difieren excepto en intensidad y que lo que sería necesario es una evaluación cualitativa de los síntomas, esto es, la sintomatología propiamente postraumática sería aquella que

exceda en intensidad, frecuencia y/o duración a la esperable frente a eventos estresantes, cuestión no explícitamente planteada en los actuales criterios diagnósticos². También se ha planteado que tan fundamental como la evaluación de los síntomas es la identificación del impedimento que generan, el así llamado criterio F⁴¹.

Conclusiones

Se han considerado aspectos centrales de las controversias existentes respecto de la coherencia conceptual del TEPT. Ellas muestran que es innegable que se trata de una categoría diagnóstica aún poco consolidada. Para los fines de este artículo, lo más relevante son las implicaciones clínicas de dichas controversias, las cuales son de diverso alcance.

El mérito del concepto de TEPT y de sus criterios diagnósticos es que permite poner atención y reconocer dificultades psicológicas que pueden observarse en situaciones de estrés y alta intensidad emocional. Además, ha permitido reconocer que estas dificultades pueden persistir largo tiempo en algunos casos, y que pueden no evolucionar espontáneamente si las personas que las presentan no reciben tratamiento apropiado. Independientemente de la discusión de cuáles serían los síntomas más característicos del TEPT, es claro que los *flashback*, las imágenes reiterativas molestas y las pesadillas son experiencias fenomenológicamente importantes en muchas personas que han vivido situaciones de alta amenaza; lo mismo se puede decir del intento deliberado de evitar situaciones que evoquen el evento traumático, y de los síntomas de hiperactivación, presentes en casi el 40% de las personas que presentan TEPT³⁰. El embotamiento afectivo, si bien se discute si corresponde más bien a un componente depresivo, es de particular interés para entender el modo de afrontar el mundo de personas muy golpeadas por experiencias dolorosas. Existe evidencia de que, incluso controlando la presencia de depresión, la constelación de respuestas propias del embotamiento tiene una relación particular con el TEPT^{33,40}.

Desde el punto de vista clínico, no sorprende que la relación entre magnitud y tipo de evento, y respuesta traumática no sea lineal. El componente subjetivo de la experiencia es decisivo, así como el contexto personal y social, en que ocurren. Las controversias indicadas pueden ser particularmente valiosas, incluso para los profesionales de la salud mental, dada la tendencia a sobrestimar el impacto de los eventos “traumáticos” y evaluar descontextualizadamente sus consecuencias. Considerar que otras variables pueden ser tan o más importantes que el evento traumático para explicar la sintomatología puede ser muy importante para evaluar integralmente a los consultantes y seleccionar los tratamientos apropiados; por ejemplo, técnicas como la exposición al evento traumático pueden ser menos pertinentes en esos casos¹⁹. Otro asunto relacionado es que al tratar las situaciones traumáticas como eventos aislados está el riesgo de descontextualizar experiencias complejas, donde muchas veces la cronicidad y superposición de estresores es de más importancia que él o los “eventos”¹⁷.

No parece posible que un constructo como el TEPT, ni ningún otro, pueda recoger la totalidad de las consecuencias psicológicas significativas de las experiencias traumáticas. La crítica que se le hace al concepto de implicar síntomas propios de otros trastornos puede tener sentido desde el punto de vista de mejorar la validez discriminante de la categoría, pero es lo esperable. Lo mismo se puede decir respecto de la comorbilidad.

Los aspectos controversiales del TEPT sí dan sentido, sin embargo, a la preocupación de muchos autores respecto que la focalización excesiva en la sintomatología del TEPT puede ser iatrogénica y enmascarar otras situaciones tanto o más relevantes para evaluar el impacto de situaciones traumáticas en las personas y grupos humanos.

En ese sentido, en las virtudes señaladas del concepto de TEPT están también sus riesgos. Es real el riesgo de “psicopatologización” y “medicalización” de respuestas emocionales normales y de minimización de los recursos de las personas y comunidades³⁷. Este riesgo es mayor en los momentos iniciales tras un evento traumático dado que los

criterios diagnósticos de TEPT son insuficientes para estimar quiénes tienen más riesgo de persistencia en sus dificultades.

La investigación sobre el impacto psicológico de eventos traumáticos hasta ahora ha tendido a estar fragmentada, y ha estado excesivamente focalizada en la validación del constructo de TEPT, aun no lograda, más que en comprender los procesos implicados. Por ejemplo, es necesario vincular más la investigación en el dominio del duelo con la de eventos traumáticos. Como señalan Rosen et al⁹ “más que conceptualizar el

TEPT como categoría puede ser más provechoso y científicamente aceptable considerar el TEPT como parte de un amplio rango de posibles reacciones a eventos adversos”, donde el desafío es entender de mejor modo el complejo interjuego de factores y procesos que influyen en ellas. En esta misma línea, la propuesta en estudio del TEPT para el DSM-V, lo sitúa como uno de los posibles trastornos que se pueden presentar en respuesta a traumas y estresores²³, sacándolo del grupo de trastornos de ansiedad en que se situaba en las versiones anteriores del DSM.

Resumen

Las controversias respecto al TEPT, desde su formulación como categoría diagnóstica hasta el presente, han sido múltiples. Se han planteado interrogantes respecto de su estatus como concepto científico por los factores socio históricos que influyeron tanto en su origen como categoría como en la expansión de su empleo, así como cuestionamientos específicos a su validez de constructo. El concepto de evento traumático, la relación de causalidad entre evento traumático y consecuencias psicopatológicas, la especificidad que tendría la respuesta traumática, son parte relevante de esos cuestionamientos. El artículo presenta una visión de estas controversias y señala sus implicaciones para la comprensión y tratamiento de las consecuencias psicológicas de los eventos traumáticos.

Palabras clave: Trastorno de estrés postraumático (TEPT), validez de constructo, eventos traumáticos.

Referencias

1. Alarcón R. Trastorno por estrés postraumático: estudios en veteranos de guerra norteamericanos y su relevancia para América Latina. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [online] 2002; 40 Suppl 2: S35-47.
2. Spitzer RL, First MB, Wakefield JC. Saving PTSD from itself in DSM-V. J Anxiety Disord 2007; 21: 233-41.
3. Rosen GM, Lilienfeld SO. Posttraumatic stress disorder: An empirical evaluation of core assumptions. Clin Psychol Rev 2008; 28: 837-68.
4. McHugh PR, Treisman G. PTSD: A problematic diagnostic category. J Anxiety Disord 2007; 21: 211-22.
5. Young A. The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 1995.
6. Summerfield D. The invention of the post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. Br Med J 2001; 322: 95-108.
7. González H, Pérez M. La invención de trastornos mentales: ¿escuchando al fármaco o al paciente? Madrid: Alianza Editorial; 2007.
8. Breslau N, Davis CC. Posttraumatic stress disorder: the stressor criterion. J Nerv Ment Dis 1987; 175: 255-64.
9. Rosen GM, Spitzer RL, McHugh PR. Problems with the post-traumatic stress disorder diagnosis and its future in DSM-V [editorial]. Br J Psychiatry 2008; 192 (1): 3-4.
10. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4^a ed.). Washington, DC: APA; 1994.

11. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3ª ed.). Washington, DC: APA; 1980.
12. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3ª ed. texto revisado). Washington, DC: APA; 1987.
13. Breslau N, Kessler RC. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biol Psychiatry* 2001; 50: 699-704.
14. Kilpatrick DG, Resnick HS, Freedy JR, Pelcovitz D, Resick PA, Roth S, *et al.* The posttraumatic stress disorder field trial: Evaluation of the PTSD construct – Criteria A through E. In: Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, Ross R, First MB, Ross R, Davis W, Kline M, editors. *DSM-IV sourcebook*, vol. 4. Washington DC: American Psychiatric Press; 1998. p. 803-44.
15. March JS. What constitute a stressor? The “Criterion A” issue. In: Davidson JRT, Foa EB, editors. *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1993. p. 105-29.
16. Mol SSL, Arntz A, Metzmakers JFM, Dinant GJ, Bilters-Van Montfort PAP, Knottnerus JA. Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: Evidence from an open population study. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 494-9.
17. Seides R. Should the current DSM-IV-TR definition for PTSD be expanded to include serial and multiple microtraumas as aetiologies? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010; 17 (8): 725-31.
18. Bodkin A, Pope HG, Detke MJ, Hudson JI. Is PTSD caused by traumatic stress? *J Anxiety Disord* 2007; 21: 176-12.
19. McNally RJ. Can we salvage the concept of psychological trauma? *Psychologist* 2010; 23: 386-9.
20. Shepard B. Risk factors and PTSD-A historian's perspective. In: Rosen GM, editor. *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies*. Chichester: John Wiley & Sons; 2004. p. 39-61.
21. McNally RJ. Can we fix PTSD in DSM-V? *Depress Anxiety* 2009; 26: 597-600.
22. Brewin CR, Lanius RA, Novac A, Schnyder U, Galea S. Reformulating PTSD for DSM-V: Life after criterion A. *J Trauma Stress* 2009; 22 (5): 366-73.
23. American Psychiatric Association *DSM-5 Development*. Arlington: APA [actualizado agosto de 2010; acceso 7 de junio de 2011] G 05 Posttraumatic Stress Disorder [1]. Disponible en: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=165>
24. Breslau N, Peterson E, Schultz L. A second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 431-7.
25. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2002; 68: 748-66.
26. Creamer MJ, McFarlane AC, Burgess P. Psychopathology following traum: The role of subjective experience. *J Affect Disord* 2005; 86: 175-82.
27. Norris F, Elrod C. Psychosocial consequences of disaster. A review of past research. In: Norris F, Galea S, Friedman M, Watson P, editors. *Methods for disaster mental health research*. New York: Guilford Press; 2006. p. 20-42.
28. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed. texto revisado). Washington, DC: APA; 2000.
29. O'Donnell ML, Creamer M, Pattison O. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1390-6.
30. Blanchard E, Hickling E. *After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. Washington DC: APA; 1997.
31. North CS, Suris AM, Davis M, Smith RP. Toward validation of the diagnosis of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 34-41.
32. Asmundson GJG, Taylor S. PTSD diagnostic criteria: Understanding etiology and treatment [letter to the editor]. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 726.
33. Morina N, Bohme HF, Morina L, Asmundson GJG. The structure of post-traumatic stress symptoms in young survivors of war. *Psychiatry Res* 2011; 186 (2-3): 306-9.
34. Pietrzak RH, Southwick SM, North CS. The importance of four-factor emotional numbing and dysphoria models in PTSD [letter to the editor]. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 726-7.
35. Lira E, Castillo MI. *Psicología de la amenaza política*. Santiago: Editorial del Financiero; 2004.

- tica y del medio. Santiago de Chile: ILAS; 1991.
36. Norris FH, Slone LB. The epidemiology of trauma and PTSD. In: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, editors. Handbook of PTSD: Science and practice. New York: Guildford Press; 2007. p. 78-98.
 37. Casey P, Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry* 2011; 10: 11-8.
 38. Lees-Haley PR, Price JR, Williams CW, Betz BP. Use of the impact of event scale in the assessment of emotional distress and PTSD may produce misleading results. *J Forensic Neuropsychol* 2001; 2: 45-52.
 39. Gold SD, Marx BP, Soler-Baillo JM, Sloan DM. Is life stress more traumatic than traumatic stress? *J Anxiety Disord* 2005; 19: 687-98.
 40. Boals A, Hathaway LM. The importance of the DSM-IV E and F criteria in self-report assessments of PTSD. *J Anxiety Disord* 2010; 24: 161-6.
 41. Feeny NC, Zoellner LA, Fitzgibbons EA, Foa EB. Exploring the roles of emotional numbing, depression and dissociation PTSD. *J Trauma Stress* 2000; 13: 489-98.

Correspondencia:

Félix Cova Solar
 Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de
 Psicología, Universidad de Concepción, Barrio
 Universitario s/n, Concepción.
 Fono: +56 (41) 220 43 23
 E-mail: fecova@udec.cl