
Nosología psiquiátrica del estrés

José Luis González de Rivera y Revuelta*

Psiquis, 2001; 22 : 1-7

Resumen

El estrés afecta al ser humano en su totalidad, aunque algunas de sus manifestaciones son más evidentes a unos métodos de observación que a otros. Cuando la detección de anormalidad, disfunción, sufrimiento o deterioro se debe a la aplicación de los métodos propios de la psicopatología, estamos justificados en clasificar estas observaciones dentro de la nosología psiquiátrica. De esta manera, podemos describir una psiquiatría del estrés, que se extiende a lo largo de tres dimensiones, que son: el estrés psicológico, el trauma psíquico, y la psicopatología reactiva. Las implicaciones psiquiátricas de los dos primeros fenómenos, estrés psicológico y trauma, son objeto de otro trabajo, titulado "Cambio, Trauma y Sobrecarga". Las del tercero, la psicopatología reactiva, se exponen en el presente trabajo. Finalmente, se establece la clasificación de los síndromes de estrés en: Agudos y Crónicos, correspondiendo a los primeros el autoestrés, la reacción aguda de estrés, la crisis psicosocial, el síndrome postraumático y los trastornos adaptativos; y a los segundos, el trastorno por estrés extremo y persistente, el síndrome de victimización de Ochberg (del que forma parte el Síndrome de Estocolmo), el síndrome de desgaste profesional o Burnout y el síndrome de acoso moral, del que forma parte el síndrome de acoso institucional.

Palabras clave: Estrés, psicopatología, trauma, crisis.

Abstract

Psychiatric nosology of stress

Stress is a global experience, but some of its aspects may be better observed by a given method than by others. When the detection and evaluation of abnormality, suffering, dysfunction, or deterioration is best ascertained by psychopathological methods, we are justified on classifying our observation under the psychiatric disorders. In this way, we may nosologically describe "Stress Psychiatry", constructed alongside three vectors: Psychological Stress, Psychic Trauma and Reactive psychopathology. We discuss the psychiatric implications of psychological stress and trauma in another paper, titled "Change, Trauma and Overload". The concept of reactive psychopathology was qualified by Jaspers and developed by Kurt Schneider and Adolf Meyer, and is central to psychiatric nosology. Finally, we propose a etiological classification of Stress Syndromes, according to the duration (acute or chronic) and the predominant nature of the causative stress (trauma, life events and change and overload). The acute syndromes are: autostress, acute stress reaction, posttraumatic stress, adaptative disorders and crisis. The chronic are: the disorder for persistent and extreme stress, Ochbergs' victimization syndrome (includes the Stockholm syndrome), burnout and mobbing, including institutional mobbing.

Key words: Stress, psychopathology, trauma, crisis.

* Director del Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática de Madrid.

1. El concepto de síndrome de estrés.

Entendemos como síndrome, siguiendo una tradición médica que se remonta a Hipócrates, al conjunto de signos y síntomas que típicamente coinciden en un determinado estado o proceso morboso, sin obviar que cada uno de ellos puede desarrollarse, en cada caso, por mecanismos muy diferentes. Un síndrome es psiquiátrico cuando los signos y síntomas que lo conforman son prioritariamente accesibles a la investigación psicopatológica. Los síndromes de estrés pueden constituir una entidad psiquiátrica específica en la medida en logremos establecer su delimitación con las influencias inespecíficas del estrés en la génesis y mantenimiento de los trastornos mentales en general. Que existe esta relación entre estrés y enfermedad mental es, hoy en día, y ya desde hace tiempo, algo bien conocido y aceptado (1,2,3). Naturalmente, esto no invalida el reconocimiento de la importancia de otros factores, genéticos, bioquímicos, psicodinámicos, de aprendizaje y evolutivos, todos los cuales tienen un lugar en la interacción patogenética. Las nuevas formulaciones multicausales intentan combinar distintas orientaciones, siguiendo los principios de la teoría general de sistemas de Bertalanffy (4) y del modelo biopsicosocial de Engel (5,6). La diferencia está en que, mientras que el antiguo enfoque monocausal enfrentaba teorías de manera dicotómica, la nueva comprensión multicausal las integra de manera interactiva, bien bajo el aspecto de sumación de efectos, bien bajo el de círculos viciosos. En el primero, un determinado factor de la constelación multicausal llega a ser la gota que colma el vaso, un elemento desestabilizador que, por mínimo que sea, acaba por superar una ya comprometida capacidad homeostática; en el segundo, se establece un circuito de retroalimentación positiva circular entre elementos de distintas categorías patogenéticas, que se potencian unos a otros, manteniendo la psicopatología aún en ausencia de las causas que originalmente precipitaron el cuadro patológico (7,8,9). Desde este punto de vista, es correcto considerar el estrés psicosocial en la patogenia de todos los procesos morbosos, lo mismo que lo es tener en cuenta la constelación genética, la nutrición y las influencias medio-ambientales, por ejemplo. La aportación realmente importante de la conceptualización multicausal biopsicosocial no es que los estados de salud o de enfermedad dependen de muchos factores (lo cual es una simple perogrullada), sino que estos distintos factores causales guardan entre sí una relación

integrativa, interactiva y relativamente jerarquizada. La aplicación práctica sistemática del modelo biopsicosocial constituye el método biopsicosocial (10), cuyos puntos principales se resumen en las siguientes decisiones clínicas:

- 1) Establecer la dirección, intensidad y características de los procesos de retroalimentación y sinergia entre los distintos factores etiopatogénicos relevantes;
- 2) Determinar el peso de cada factor en la constelación sindrómica y en su evolución;
- 3) Hallar el punto de intervención óptimo para lograr la interrupción terapéutica de la interacción patógena multicausal.

Cuando en esta constelación multicausal la defensa o adaptación a exigencias externas juegan un papel etiopatogénico determinante, podemos referirnos a la condición resultante como enfermedad, trastorno, o síndrome de estrés. Determinadas condiciones propias de la patología psicósomática presentan solapamiento con condiciones contempladas por todas las áreas de la medicina, formando parte del inmenso campo de los trastornos funcionales; la inclusión de muchas de estas condiciones entre los síndromes de estrés se justifica por la importante contribución de la anamnesis y exploración psicopatológica y a su diagnóstico, y por la eficacia de la psicoterapia en su tratamiento. Con idéntico razonamiento, propone Valdés (11) una división de los síndromes de estrés en tres grandes grupos, según la participación relativa de los factores de estrés en la génesis del trastorno:

1) Inespecíficos, secundarios a un estado más o menos crónico de sobrecarga de mecanismos homeostáticos, con reducción de la capacidad defensiva e incremento inespecífico de la vulnerabilidad del organismo. Ejemplos de este tipo son citados frecuentemente por los estudiosos de fenómenos psicósomáticos, y entran en ellos probablemente todas las enfermedades crónicas en las que mecanismos neuroendocrinos y neuroinmunológicos juegan un papel preponderante, como el lupus eritematoso sistémico, algunas neoplasias, la artritis reumatoide o la tiroiditis, por citar sólo unos pocos ejemplos. Toda la importante línea de investigación iniciada por Holmes y Rahe está relacionada con el estudio del “efecto acontecimientos vitales” o influencia inespecífica de los factores externos de estrés en la vulnerabilidad o predisposición a la enfermedad (12). Entre los trastornos psiquiátricos, esta influencia inespecífica se reconoce de manera prác-

ticamente generalizada, incluso en trastornos considerados “endógenos”, o sea, no reactivos por definición, como la depresión mayor (13) o la enfermedad de Alzheimer (14).

2) **Semi-específicos**, en los que factores externos de estrés se combinan, generalmente de forma aguda, con otros elementos patógenos independientes, necesarios para activar el ciclo patogénico del cuadro clínico en cuestión. Entre los ejemplos de este segundo grupo podemos contar la coronariopatía isquémica, las infecciones respiratorias víricas, las reacciones alérgicas, entre otras (11,15). Las descompensaciones sintomáticas agudas de muchas personalidades psicopáticas, los episodios disociativos, las psicosis reactivas y muchos trastornos de ansiedad se pueden también incluir en este grupo.

3) **Específicos**, en los que los factores externos de estrés actúan de manera determinante en la causación del proceso morboso. Síndromes de estrés específicos típicos son el Síndrome Post-traumático (al que se añade el calificativo “de estrés”, para distinguirlo de los síndromes post-trauma físico, como el síndrome concusional), los estados de intensa disregulación neurovegetativa, que pueden concluir en muerte súbita, y que han sido observados en sujetos sanos sometidos a situaciones de estrés particularmente agudas e intensas (16), el trastorno agudo de estrés y los trastornos adaptativos.

Reconociendo el acierto y la utilidad de esta clasificación, proponemos, sin embargo, restringir la consideración de síndrome de estrés en psiquiatría a los trastornos específicos contemplados en el tercer grupo de Valdés. Definiremos, en consecuencia, los *síndromes de estrés propiamente dichos* como *aquellos síndromes psiquiátricos en los que la defensa o adaptación a exigencias externas juegan un papel etiopatogénico determinante y específico*.

La psicopatología reactiva

Durante largo tiempo, el desarrollo de la nosología psiquiátrica ha estado basado en la diferenciación entre lo endógeno y lo exógeno, esto es, entre las alteraciones engendradas por la propia disposición biológica, de base hereditaria y naturaleza degenerativa, y las alteraciones inducidas por agentes externos, que son disfunciones reactivas relacionadas con el esfuerzo de adaptación.

Karl Jaspers, en su magna aportación a la Psiquiatría, su Psicopatología General, establece la

diferenciación entre el “mundo externo” de las cosas y sucesos reales, susceptibles de observación y medida, y el “mundo interno” de las vivencias y procesos mentales, virtual y privado, parcialmente comunicable a través del lenguaje, de acceso restringido mediante la comprensión, la inferencia y el consenso. Mientras que muchos aspectos del primero son de obligado interés y estudio para la psiquiatría, es el segundo el que constituye el objeto propio de la psicopatología. Desde la consideración de su personal metodología fenomenológica, distingue Jaspers tres modos de enfermar psíquicamente: la Reacción, el Desarrollo y el Proceso. Tanto la Reacción como, hasta cierto punto, el Desarrollo, son comprensibles psicopatológicamente, es decir, pueden entenderse teniendo en cuenta las circunstancias y la personalidad del sujeto que las padece. El Proceso, por el contrario, no es susceptible de comprensión psicopatológica, sino sólo de explicación; es decir, dependiendo de la tecnología médica disponible en el momento, a lo más que podemos llegar es a la descripción de sus bases biológicas (17).

En este contexto, podemos definir *La reacción psicopatológica* como *el conjunto de alteraciones subjetivas y de la conducta directamente relacionadas con la influencia del mundo externo sobre el individuo*. Jaspers delimita los siguientes criterios distintivos que permiten reconocer una reacción psicopatológica:

- 1) El inicio del cuadro tiene clara relación temporal con un evento precipitante;
- 2) El estrés precipitante es adecuado y conmensurado con la naturaleza e intensidad de la reacción;
- 3) La reacción en sí tiene un significado, esto es, puede comprenderse como una defensa, una compensación, una satisfacción o un escape;
- 4) Los contenidos de la reacción reflejan el evento estresante de alguna manera comprensible.

Continuando el pensamiento de Jaspers, Kurt Schneider (18) describe en su Patopsicología Clínica (1946) las “*reacciones vivenciales anormales*”, que distingue de las enfermedades psiquiátricas propiamente dichas. Entre estas reacciones vivenciales anormales incluye los “*desarrollos vivenciales reactivos*” o “*desviaciones psíquicas resultantes de vivencias agudamente traumatizantes o también de vivencias de efectos prolongados*”. En la psicopatología del susto, Schneider establece la diferencia entre la reacción refleja de susto, que se produce ante un acontecimiento brusco o inesperado, y la reacción a la

vivencia del contenido del susto, en la que ya entran elementos de significado, inferencia, valoración, etc. La distinción es importante, y tiene, como ya veremos, sus implicaciones clínicas y terapéuticas. En efecto, *la reacción refleja de susto* depende de la constitución del sistema nervioso, que hace que haya personas más o menos asustadizas, según el grado de excitabilidad y estabilidad de su sistema neurovegetativo; *la reacción a la vivencia de susto*, en cambio, está relacionada con funciones corticales de procesamiento de información y evaluación de la realidad. En los cuadros reactivos en los que predomina el elemento reflejo es de gran utilidad la psicoterapia autógena básica, mientras que en los que predomina el elemento vivencial lo son las terapias cognitivas (19). En los casos en los que coexisten ambos elementos, que son la mayoría, es pertinente la terapia combinada, generalmente de tipo secuencial, de tal manera que la corrección previa de la disfunción autonómica facilite la de las distorsiones cognitivas.

Mientras Jaspers y Schneider fundaban la psicopatología europea, Adolf Meyer (20) desarrollaba en Estados Unidos una escuela psiquiátrica integradora de los conocimientos biológicos con los psicosociales, apropiadamente denominada Psicobiología. Formado en el prestigioso Hospital Burghölzli de Zurich, Meyer alcanzó pronto una destacada posición en los Hospitales Psiquiátricos de Nueva York y, posteriormente, en la Universidad John Hopkins de Baltimore. Emigrado desde Suiza, ha sido considerado como un personaje paradigmático de la psiquiatría norteamericana, aunque, según Manfred Bleuler (21) sus teorías tienen hondas raíces en la psiquiatría centroeuropea de principios de siglo. A la manera de la interpretación psicodinámica freudiana, Meyer introdujo la “interpretación psicobiológica”, una forma de entender los distintos tipos de desorganización psicopatológica ante el estrés, que a su vez dependen de los diferentes aspectos reactivos de la personalidad.

Reconocido como pionero en el estudio de los sucesos vitales, Meyer destacó la importancia de la historia clínica y de la biografía personal, sobre todo de aquellos aspectos relacionados con episodios estresantes y con la manera de reaccionar ante ellos (22). Según Meyer, los síntomas son intentos de reorganización homeostática, la patología psiquiátrica corresponde a un retroceso a niveles primitivos de organización, y casi toda la psicopatología es de origen reactivo. Su influencia llegó a ser tan extraordinaria, que el DSM-I, la primera edición del Manual Diagnós-

tico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana de 1952, aplicó el término “reacción” a casi todos los trastornos psiquiátricos, incluso a la esquizofrenia y a la psicosis maniaco depresiva. Naturalmente, el siguiente DSM cambió completamente la terminología, de la misma manera que ocurrió de nuevo con la más reciente 3ª edición, siguiendo el paso de los fluctuantes consensos entre las figuras más influyentes de la psiquiatría norteamericana.

Clasificación de los síndromes de estrés

I. Las nosologías oficiales, DSM y CIE

La nueva lingua franca de la psiquiatría, el DSM-IV, propone una clasificación de trastornos psiquiátricos atórica, basada en evidencias sintomáticas y sin prestar atención a consideraciones etiológicas ni patogenéticas. Una excepción notable son los trastornos de estrés, que incluyen el factor etiológico entre sus criterios diagnósticos. Esta inconsistencia de la nueva nosología norteamericana es tanto más llamativa por cuanto que el criterio etiológico viene rígidamente determinado, prohibiendo el diagnóstico cuando el factor estresante no figura en la reducida lista de traumas aceptados, aunque el resto del cuadro reúna claramente los demás criterios clínicos.

Otra deficiencia notable del DSM-IV es que, en lugar de agrupar los síndromes de estrés, los dispersa en otras categorías, a pesar de que, como bien dice Horowitz (23), la reorganización de las clasificaciones internacionales para incluir un apartado bien definido de síndromes de estrés tendría la ventaja de facilitar el estudio de los únicos trastornos psiquiátricos cuya etiología es conocida. Peor aún es la mezcolanza y confusión de los conceptos de trauma, acontecimiento estresante y sobrecarga, sin que ninguno de ellos llegue a ser definido adecuadamente. Como bien señala Benyakar (24), esta confusión es sorprendente, teniendo en cuenta que la descripción del trauma psíquico es central al desarrollo de la moderna psicopatología, y que el estrés psicológico y sus efectos son objeto de intenso estudio desde hace al menos 30 años. En lugar de avanzar en el estudio de la naturaleza de estos fenómenos, la psiquiatría americana oficial (y, a su zaga, la europea) parece querer ocultar y desandar los caminos abiertos por Pierre Janet (25) y Breuer (26), aunque, justo es reconocerlo, no sin despertar una sensata oposición interna (27,28,29).

La Clasificación Internacional de Enfermedades

des de la Organización Mundial de la Salud, con sede en Ginebra, ha establecido clasificaciones análogas, con pocas diferencias con las clasificaciones norteamericanas. La última CIE-10 (1992) considera los siguientes trastornos de estrés:

- Reacción aguda de estrés
- Trastorno de estrés postraumático
- Cambio de personalidad tras experiencia catastrófica
- Trastornos de adaptación

Tabla I

EVOLUCION DE LOS SINDROMES DE ESTRES EN LA NOSOLOGIA NORTEAMERICANA	
DSM-I (1952):	Reacción aguda de estrés Reacción situacional del adulto Reacción de adaptación
DSM-II (1968):	Reacción de adaptación
DSM-III (1980):	Trastorno de estrés postraumático - agudo - crónico - retardado Trastorno de adaptación
DSM-IV (1994):	Trastorno agudo de estrés Trastorno de estrés postraumático Trastornos de adaptación

II. Criterios para una clasificación de los síndromes de estrés

En primer lugar, la aparición del cuadro ha de tener lugar en un sujeto en el que se presupone una normal capacidad de adaptación, de tal manera que la génesis del trastorno no sea atribuible a una vulnerabilidad patológica individual, sino a la acción de elementos externos. Ciertamente, no es posible establecer criterios exactos y absolutos, porque la relación entre acontecimientos y presiones externas, por un lado, y las capacidades internas para afrontar y neutralizar sus efectos, por otro, admite una extraordinaria variabilidad, dentro de los límites aceptables como normales. Incluso en el mismo individuo estos gradientes pueden variar por diversas circunstancias, tanto de tipo físico, (fatiga, privación de sueño, hiponutrición, etc.) como psicológico (estados de desmoralización y desesperanza, re-

activación concomitante de traumas superados, etc.)

Un problema especial se nos plantea cuando la reacción psicopatológica encaja en un molde que puede activarse por otros mecanismos; dicho de otra manera, cuando el cuadro clínico no es específico a la situación de estrés, pero puede activarse, en determinadas condiciones, por un estrés persistente. Pongamos por ejemplo la depresión, en cuya génesis y mantenimiento el estrés puede jugar un papel importante, pero a la que también se puede llegar por otros mecanismos patogenéticos, como deficiencias enzimáticas congénitas o hiperexcitabilidad constitucional de circuitos límbico-frontales. Aun reconociendo el importante papel del estrés crónico en la precipitación y mantenimiento de estados depresivos, sería forzado calificar la depresión como "síndrome de estrés", a pesar también de su alta comorbilidad con los síndromes de estrés traumático (9,31).

Otro caso especial es el de la psicosis reactiva breve, importante por su situación intermedia entre trastornos por desorganización idiosincrática y los síndromes secundarios a la sobrecarga de los sistemas cerebrales de procesamiento de información. El carácter de síndrome de estrés de esta condición ha ido perdiendo entidad, desde su papel central en la DSM-I, hasta su desaparición en el Trastorno Psicótico Breve de la DSM-IV. Sin embargo, se trata claramente de un síndrome intermedio, un síndrome semi-específico de estrés, en la clasificación de Valdés (11), o, quizás, de una etiqueta común a un conjunto de trastornos de distintas etiologías, entre las cuales se encuentra el estrés agudo.

Finalmente, es necesario considerar la existencia de reacciones psicopatológicas sin entidad suficiente como para constituir síndromes identificables por criterios estables, como es el caso de la psicopatología menor, extraordinariamente prevalente en la población general, pero que pasa frecuentemente sin detectar ni tratar (31), y cuya presencia se relaciona casi siempre con "distress" o con estados incipientes de descompensación ante estrés crónico por sobrecarga.

En segundo lugar, en cuanto a la naturaleza del evento estresante en sí, proponemos considerar todos aquellos que inducen alteraciones psíquicas en un porcentaje lo bastante importante de los sujetos expuestos, como para que la situación adquiriera relevancia clínico-social. Este criterio incluye, además de las condiciones enumeradas por la DSM, otras circunstancias menos llamativas y que no inducen el síndrome en un

numero abrumador de casos, pero si en los suficientes para este factor etiológico sea digno de atención. Dejando aparte que, siendo circunstancias mucho más comunes, su repercusión total es mucho mayor. Las implicaciones son importantes desde el punto de vista preventivo: Los terremotos, las guerras y los atentados son de difícil anticipación y prevención; sin embargo, la mayor parte del sufrimiento cotidiano es totalmente innecesario; el estrés menor es el más prevalente y el más evitable. La psiquiatría social debe aplicarse a la erradicación de las fuentes crónicas de estrés con el mismo entusiasmo que las autoridades sanitarias a la desecación de marismas palúdicas o a la erradicación de los priones vacunos.

Por otra parte, dado que muchas de las inconsistencias e insuficiencias en la definición y clasificación de los síndromes de estrés proceden de la confusión entre los conceptos de sobrecarga, cambio y trauma, optamos, ya dentro de una clasificación etiológica como es la de los síndromes de estrés, por considerar como nuestro tercer criterio la categoría de estrés causal, tanto en cuanto a su duración (Agudo o Crónico) como en cuanto a su naturaleza (Traumático, Acontecimientos y Cambios Vitales, y Sobrecarga).

CLASIFICACION DE RIVERA DE LOS SINDROMES DE ESTRES

Síndromes Agudos

síndrome de autoestrés
reacción aguda de estrés
síndrome de estrés traumático
crisis psicosocial

Síndromes Crónicos

trastorno por estrés extremo y persistente
síndrome de victimización de Ochberg (del que forma parte el Síndrome de Estocolmo)
síndrome de desgaste profesional o Burnout
síndrome de acoso moral (del que forma parte el síndrome de acoso institucional).
síndromes inespecíficos de "distrés" o sobrecarga

Referencias

1. Barret, JE, Rose, RM y Klerman, GL: Stress and Mental Disorder. Raven Press, New York, 1979.
2. Neufeld, RWJ: Psicopatología y Stress. Toray,

- Barcelona, 1984.
3. Buendia, J (Ed.). Estrés y psicopatología. Pirámide, Madrid., 1993.
4. Bertalanffy, L. von: General Systems Theory and Psychiatry. En: S. Arieti, American Handbook of Psychiatry. Vol. I, The Foundations of Psychiatry. Basic Books, New York, 1974. pp. 1095-1117.
5. Engel, GL: The clinical application of the biopsychosocial model. Am. J. Psychiatr, 1980, 137: 535-544
6. Engel, GL: How much longer must Medicine's Science be bound by a Seventeenth Century World View?. En: Fava, GA y Freyberger, H: Handbook of Psychosomatic Medicine. International Universities Press, Madison, Conn, 1998. Introduction, pp. 1-21.
7. Rivera, Jlg de : El fenómeno circulo vicioso en la depresión. Psiquis, 1984, 5:104-107.
8. Rivera, JLG: Tratamientos Psicoterapéuticos. J. Rodes, J. Guardia y V. Arroyo (Eds.) En: Manual de Medicina.Masson-Salvat, Barcelona, 1993 págs. 1020-1027.
9. Rivera, JLG de, Monterrey, AL: Psicobiología de la Depresión. En: A. Belloch, Sandin, B y Ramos, F (Eds.): Manual de Psicopatología. McGraw-Hill, Madrid, vol. 2 págs. 378399, 1995.
10. Rivera, JLG: Memoria Asistencial, Docente e Investigadora. Universidad Autónoma de Madrid, 1999.
11. Valdés, M. Psicobiología del estrés y síntoma psicósomático. En: JLG de Rivera (Ed) Nuevas Orientaciones en Medicina Psicosomática. Monografías en Psiquiatría, vol. 3, nº 3, Jarpyo, Madrid, 1991.
12. Miller, TW: Theory and assessment of stressful life events. International Universities Press. Madison, 1996.
13. Goodwin, FK, Jamison, KR: Manic-depressive illness. Oxford University Press. New York, 1990.
14. Spencer, RL, Miller, AH, Young, EA y McEwen, BS: Stress-Induced changes in the brain: Implications for aging. En: Stress and the Aging Brain. G. Nappi et al, Eds. Raven Press, New York, 1990 págs. 17-29 (sobre todo la 19 y la 21-22) y pág. 87.
15. Matthews, KA, Weiss, S, Detre, T: Handbook of Stress, Reactivity and Cardiovascular disease. John Wiley, New York, 1986.
16. McMahon, CE The wind of the cannon ball.. Psychother. Psychosom., 1975, 26: 125-131.
17. Jaspers, K: Psicopatología General. Ediciones Beta, Buenos Aires, 1973 (Primera Edición Alemana, 1913; Cuarta Edición 1942 – publicado 1946).
18. Schneider, K: Patopsicología Clínica. Paz Montalvo, Madrid, 1975 – Primera Edición Alemana, 1946.
19. Rivera, JLG de y Rodríguez-Abuín, M: Psicoterapia autógena y psicoterapia cognitivoconceptual. Psiquis, 1998, 19:259-264.
20. Meyer, A: Psychobiology: A Science of Man.

- Charles C Thomas, Springfield, Ill, 1957.
21. Bleuler, M: Early Swiss sources of Adolf Meyer's concepts. *Am. J. Psychiatr*, 1962, 119:193-197.
 22. Belloch, A, Sandin, B y Ramos, F: *Manual de Psicopatología*. McGraw-Hill, Madrid, 1995.
 23. Horwitz, M: Stress Response Syndromes: A Review of Posttraumatic Stress and Adjustment Disorders. En: Wilson, JP and Raphael, B (Ed.): *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. Plenum Press. New York, 1993. Págs. 49- 60.
 24. Benyakar, M, Kutz, L, Dasberg, H Stern, M: The collapse of a structure: A structural approach to trauma. *J. Traum. Stress*, 1989, 2:431-449.
 25. Janet, P: *Les Médications Psychologiques*. Félix Alcan, Paris, 1919.
 26. Breuer, J und Freud, S: Ueber den psychischen mechanismus hysterischer Phnomene. *Neurol-Centralblatt*, 1893, Nos. 1 und 2.
 27. Putnam, FW: Pierre Janet and modern views of dissociation. *J. Traum. Stress*, 1989, 2:413-430.
 28. Van der Hart, O y Horst, R: The dissociation theory of Pierre Janet. *J. Traum. Stress*, 1989, 2:365-378.
 29. Bilder, RM, LeFever, FF (Eds.): *Neurosciencie of the mind on the centennial of Freud's*. Project for a scientific psychology. The New York Academy of Sciences. New York, 1998.
 30. Bleich, A, Koslowski, M, Dolev, A and Lerer, B: Post-traumatic stress disorder and depression. An analysis of comorbidity. *Brit. J. Psychiatr.*, 1997, 170:479-4