

Terrorismo y Trastorno de Estrés Postraumático (I): Análisis Histórico

Andrea García de Marina, María Paz García-Vera, Ashley Navarro-McCarthy,
Ana Sanz-García, Adela Jiménez-Prensa, Timanfaya Hernández-Martínez y Jesús Sanz

Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

INFORMACIÓN ART.

Recibido: 4-6-2025
Aceptado: 16-9-2025

Palabras clave
trastorno de estrés postraumático,
terrorismo,
análisis histórico,
guerra

RESUMEN

Tras los atentados terroristas del 11-S, aumentaron notablemente las publicaciones científicas sobre las consecuencias psicopatológicas del terrorismo. Sin embargo, Durodié y Wainwright (2019) defienden que ese incremento se debió más a la influencia del DSM-IV y su definición del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y a los efectos de un nuevo guion cultural centrado en la vulnerabilidad. Este trabajo y su segunda parte (Hernández-Martínez et al., 2025) analizan sus argumentos y datos históricos. En este trabajo, se presenta un análisis histórico del TEPT que, contrariamente a lo defendido por Durodié y Wainwright, revela que ya desde finales del XIX existía una literatura científica que proponía diversos constructos psicopatológicos (p. ej., espina dorsal ferroviaria, choque por obús, neurosis de guerra, reacción grave de estrés, síndrome pos-Vietnam) que reconocían la relevancia de ciertos acontecimientos para causar alteraciones psicológicas y asumían que tales sucesos podían provocar esas alteraciones en personas sin ninguna predisposición.

Terrorism and Post-Traumatic Stress Disorder: Historical Analysis

ABSTRACT

After the 9/11 terrorist attacks, scientific publications on the psychopathological consequences of terrorism increased significantly. However, Durodié and Wainwright (2019) argue that this increase was due more to the influence of the DSM-IV and its definition of post-traumatic stress disorder (PTSD) and to the effects of a new cultural script focused on vulnerability. This paper and its second part (Hernández-Martínez et al., 2025) analyze their arguments and historical data. In this work, a historical analysis of PTSD is presented which, contrary to what those investigators advocate, reveals that already since the late 19th century there was a scientific literature proposing various psychopathological constructs (e.g., railroad spine, shell shock, war neurosis, gross stress reaction, post-Vietnam syndrome) that recognized the relevance of certain events to cause psychological disturbances and assumed that such events could cause these disturbances in people without any predisposition.

Key words
posttraumatic stress disorder,
terrorism,
historical analysis,
war

Nota de los autores: Este trabajo ha sido en parte posible gracias a la ayuda del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de España (ref. PID2023-150340NB-I00) concedida a la segunda autora y a un contrato predoctoral de investigación FPU del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades concedido a la cuarta autora (ref. FPU2022-00808).

Correspondencia Jesús Sanz. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid). Correo electrónico: jsanz@psi.ucm.es

ISSN: 2445-0928 DOI: <https://doi.org/10.5093/rhp2025a30>

© 2025 Sociedad Española de Historia de la Psicología (SEHP)

Para citar este artículo/To cite this article:

García de Marina, A., García-Vera, M.P., Navarro-McCarthy, A., Sanz-García, A., Jiménez-Prensa, A., Hernández-Martínez, T. y Sanz, J. (2025). Terrorismo y Trastorno de Estrés Postraumático: Análisis Histórico. *Revista de Historia de la Psicología*, 46(4), 30-38. Doi: [10.5093/rhp2025a30](https://doi.org/10.5093/rhp2025a30)

Vínculo al artículo/Link to this article:

DOI: <https://doi.org/10.5093/rhp2025a30>

Terrorismo y Trastorno de Estrés Postraumático I: Análisis Histórico

Casi 3.000 personas fueron asesinadas y más de 21.000 fueron heridas en los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001 en EE. UU., conocidos como los atentados del 11-S (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism [START], 2022). Dada su magnitud, García-Vera y Sanz (2016) han defendido que el interés científico por estudiar las consecuencias psicopatológicas del terrorismo tuvo un punto de inflexión tras los atentados del 11-S, de manera que, a partir de ese año, se produjo un aumento extraordinario en el número de publicaciones científicas al respecto. De hecho, un análisis de la literatura científica recogida en la base de datos bibliográfica PsycInfo indicaba que si en los doce años transcurridos entre 1990 y 2001 apenas se habían publicado una treintena de trabajos, en los doce años posteriores, entre 2002 y 2013, se habían publicado más de 500 trabajos (Sanz y García-Vera, 2021).

Es más, este aumento en el número de publicaciones científicas no parecía deberse al hecho de que antes de 2001 el terrorismo fuera un problema de importancia menor. Como han demostrado Sanz y García-Vera (2022) al analizar los datos de la Global Terrorism Database (START, 2022), entre los años 1979 y 1997, el número de atentados terroristas ocurridos anualmente en el mundo, que oscilaba entre un mínimo de 2.543 atentados en 1982 y un máximo de 5.071 atentados en 1992, fue mayor que los ocurridos en 2001, 1.912 atentados, o en los cuatro años posteriores, que oscilaban entre un mínimo de 1.164 atentados en 2004 y un máximo de 2.017 en 2005.

Sin embargo, Durodié y Wainwright (2019), tras realizar una revisión histórica del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y de la literatura científica sobre las consecuencias psicopatológicas del terrorismo, plantearon que ese aumento en el número de publicaciones sobre terrorismo y salud mental no se produjo por los atentados del 11-S, sino que había surgido antes, entre mediados y finales de los años 90, al hilo de la publicación, en 1994, de la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* o DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994), que incluía nuevos e influyentes criterios diagnósticos para el TEPT, y al hilo de la aparición y los efectos de un nuevo discurso o guion cultural que destacaba las supuestas vulnerabilidades de la persona. Para reafirmar esta propuesta, Durodié y Wainwright (2019) también han sugerido que, antes de ese período, había una falta de interés por los efectos del terrorismo sobre la salud mental en la literatura científica.

El objetivo del presente trabajo y de su segunda parte (Hernández-Martínez et al., 2025) es analizar críticamente la revisión histórica de Durodié y Wainwright (2019), para lo cual, en este trabajo, se analizará el desarrollo histórico del TEPT y, en su segunda parte, se realizarán varios análisis bibliométricos de la literatura científica sobre el TEPT y sobre terrorismo y TEPT.

Análisis histórico del TEPT

El TEPT es uno de los pocos trastornos psicológicos que se definen, en parte, por su causa, en concreto, la vivencia de un acontecimiento traumático. El papel que desempeñan en la etiología de los trastornos

psicológicos los factores externos a la persona, como los sucesos estresantes y traumáticos, y los factores internos o inherentes a la propia persona, como su personalidad o sus características psicobiológicas, ha sido y sigue siendo objeto de un intenso debate en la comunidad científica.

A lo largo de la historia de la psicopatología, se han propuesto diversos constructos cuyo objetivo era otorgar mayor importancia a los factores externos y subrayar que la causa fundamental, aunque no necesariamente suficiente ni única, de las alteraciones psicológicas que presenta una persona es la experiencia de alguno de esos sucesos estresantes o traumáticos.

La espina dorsal ferroviaria

En la segunda mitad del siglo XIX, la expansión y popularidad del ferrocarril en países como el Reino Unido, EE. UU. o Alemania trajeron consigo la preocupación de la sociedad y de los profesionales de los ámbitos médicos, legales y de los seguros por los accidentes de ferroviarios (Harrington, 2001). En este contexto, surgió un debate médico sobre la naturaleza y las causas del trastorno conocido como “espina dorsal ferroviaria” (*railway spine*) que padecían algunas víctimas de accidentes ferroviarios. Con ese nombre se aludía a diversas alteraciones físicas, principalmente molestias y dolores en la espalda, pero también otros síntomas muy variados y difusos como debilidad, fatiga, parálisis, parestesias, insomnio, pérdidas de memoria, nerviosismo y depresión, que aparecían tras el accidente ferroviario en personas que no tenían lesiones visibles provocadas por este y que no presentaban trastornos o enfermedades previas.

En ese debate, destacan dos figuras: John E. Erichsen, profesor de cirugía del University College de Londres, cirujano senior del hospital de esta universidad y médico de gran prestigio en el Reino Unido, y Herbert Page, cirujano del Ferrocarril de Londres y del Noroeste. El primero defendía que las alteraciones y síntomas recogidos bajo el constructo de espina dorsal ferroviaria se debían a causas físicas provocados por el impacto del accidente, aunque no fácilmente visibles (Erichsen, 1875), mientras que Page defendía que esas alteraciones y síntomas se debían principalmente a causas psicológicas relacionadas con el miedo y a las características más terribles de los accidentes ferroviarios que hacían más probable ese miedo. Page afirmaba lo siguiente:

«Si se comparan dos casos de lesiones similares, una recibida por accidente en un ferrocarril y la otra por atropello en la calle, es muy probable que las manifestaciones del choque sean más extremas en el primer caso que en el segundo. Y la diferencia radica en que en un caso hay un elemento de gran temor y alarma, que tal vez ha estado totalmente ausente de lo que puede llamarse el modo menos formidable y menos terrible de accidente. [...] Y la literatura médica abunda en casos en los que los trastornos más graves de la función, e incluso la muerte o la aniquilación de la función, han sido producidos por el miedo y solo por el miedo. Es este mismo elemento del miedo el que en las colisiones ferroviarias tiene una gran parte —en muchos casos la única parte— en inducir el colapso inmediato, y en dar lugar a esos síntomas posteriores que pueden ser casi

tan graves y son sin duda mucho más molestos que los que nos encontramos poco después de que ocurriera el accidente. Las razones de esto no son difíciles de encontrar. Los incidentes de casi todas las colisiones ferroviarias son suficientes, aunque no se produzcan lesiones corporales, para producir un efecto muy grave en la mente y para provocar un estado de colapso por el miedo y solo por el miedo. La brusquedad del accidente, que se produce sin previo aviso, o con un aviso que solo revela la total impotencia del viajero, el fuerte ruido, la confusión desesperada, los gritos de los heridos; todo esto en sí mismo, y más especialmente si ocurre de noche o en la oscuridad, es sin duda suficiente para producir una profunda impresión en el sistema nervioso; y, aunque no cause un choque o colapso marcados en el momento, para inducir una serie de perturbaciones nerviosas en una fecha no lejana. [...] Creemos que estas causas puramente psíquicas explican el hecho tan notable de que después de las colisiones ferroviarias los síntomas de un choque nervioso general sean tan comunes, y a menudo tan graves, en aquellos que no han recibido lesiones corporales, o que han presentado pocos signos de colapso en el momento del accidente. [...] pero cuando el choque se produce por causas puramente mentales, sus manifestaciones pueden retrasarse» (Page, 1883, pp. 146-148).

De hecho, para ser coherente con ese nuevo modelo psicológico de la espina dorsal ferroviaria, Page empleó el término de “choque nervioso general” (*general nervous shock*) para referirse a ese conjunto de alteraciones y síntomas; es más, consideró que muchos de ellos eran transitorios y con un pronóstico de total recuperación —transitoriedad y buen pronóstico que entendía como una prueba más de su origen psicológico y no necesariamente como una prueba de simulación—, aunque en algunos casos las alteraciones y los síntomas se podían prolongar meses e incluso años y, curiosamente, para explicar este curso crónico, apeló también a factores psicológicos, en concreto a la gravedad de la reacción psicológica inicial de la víctima y a su personalidad (Page, 1883, pp. 184-186).

Por tanto, en el libro de Page (1883) se pueden encontrar temas que también caracterizarán el debate histórico posterior y el debate contemporáneo sobre los trastornos psicológicos relacionados con los acontecimientos estresantes y traumáticos: (1) la heterogeneidad de los síntomas psicológicos en cuanto a su naturaleza y gravedad; (2) la transitoriedad y reversibilidad de los síntomas en la mayoría de los casos; (3) la existencia de casos con inicio demorado de los síntomas y con síntomas crónicos; (4) la importancia de las características “terribles” del acontecimiento, y (5) la aparición de los síntomas en personas sin ningún trastorno mental aparente, pero la existencia de factores predisponentes psicológicos como la personalidad o la reacción psicológica inicial al acontecimiento.

En consecuencia, se podría convenir con Harrington (2001) que, en el Occidente moderno, la investigación y la teorización sistemáticas sobre los trastornos psicológicos asociados a las situaciones traumáticas comenzaron precisamente como respuesta de los médicos de esa época a la propuesta de la espina dorsal ferroviaria y tuvieron una contribución especialmente destacada e influyente en el libro de Herbert Page.

Esas investigaciones y teorías abordaron también si, en lugar de constituir un tipo particular de trastorno psicológico vinculado específicamente a los accidentes ferroviarios, eran ejemplos de trastornos mentales más generales observados en personas que habían sufrido otros tipos de traumatismos o que no habían sufrido ningún tipo de traumatismo como, por ejemplo, la neurastenia, la histeria y, en general, los trastornos neuróticos que Charcot y sus discípulos, como Pierre Janet y Sigmund Freud, con sus teorías psicológicas, estaban estudiando desde una nueva perspectiva justo en esas mismas décadas finales del XIX.

En este sentido, el neurólogo James J. Putnam, catedrático de Enfermedades del Sistema Nervioso de la Universidad de Harvard, sugería, en 1883, que algunos casos de espina dorsal ferroviaria podrían ser «ejemplos de esa importante neurosis que se llama histeria, un término que, gracias a los trabajos de Charcot y sus alumnos, ha superado ampliamente su antiguo y vago significado, y está adquiriendo constantemente un significado más preciso y práctico» (Putnam, 1883, p. 217), mientras que otros neurólogos y cirujanos contemporáneos de Putnam, aun admitiendo que eran ejemplos de neurosis, defendían que esta era de tipo neuroasténico (Outten, 1894, p. 100). Es más, según algunos médicos británicos, la «neurastenia traumática» podría aparecer no solo tras un accidente ferroviario, sino también tras otros tipos de accidentes, como un accidente de mina, una caída del caballo o de una montaña o, incluso, un accidente de bicicleta, y, en general, «no se puede establecer una distinción entre los síntomas, el curso, el pronóstico y el tratamiento de la neurastenia traumática y la producida por otras causas» (Maude, 1902, p. 388).

Las investigaciones y teorías también abordaron si las alteraciones diagnosticadas como espina dorsal ferroviaria, neurastenia traumática o histeria traumática eran en realidad casos de simulación y exageración de síntomas en personas que reclamaban indemnizaciones por lesiones tras un accidente de tren o un accidente laboral. De hecho, había un sector grande de la profesión médica que consideraba que los casos de simulación o exageración de síntomas tras todo tipo de accidentes eran muy numerosos y que muchos de los pacientes diagnosticados de los trastornos anteriores exageraban sus síntomas (p. ej., Collie, 1917).

Del choque por obús a las neurosis de guerra

El debate sobre las causas físicas o psíquicas de las alteraciones psicológicas que pueden aparecer tras vivir una situación traumática, sobre el papel de las características de la situación en dichas alteraciones, sobre el constructo psicopatológico que mejor ayudaba a entender esas alteraciones y sobre su distinción de los casos de simulación o exageración volvió a surgir de manera notable al hilo de la I Guerra Mundial y del número tan grande de militares que presentaban problemas psicológicos tras entrar en combate y sufrir las terribles consecuencias de las nuevas armas y tácticas de combate que caracterizaron dicha contienda (p. ej., guerra de trincheras, obuses de alto poder explosivo, minas, morteros, ametralladoras, gases venenosos, tanques, aviación). En 1917, Robert E. Gaupp, psiquiatra y neurólogo alemán, profesor de la Universidad de Tubinga, director de

su Clínica Neurológica Universitaria y médico militar senior durante la I Guerra Mundial, informaba:

«Cuando las salas de los hospitales empezaron a llenarse de heridos y enfermos a partir de finales de agosto (1914), había bastantes pacientes con lesiones del sistema nervioso o lesiones cerebrales, pero casi ninguno con enfermedades mentales. Esta fue la situación hasta la Navidad de 1914. Solo cuando comenzaron los combates de artillería pesada en la Champaña [región de Francia en la que tuvo lugar una importante batalla conocida como la primera batalla de Champaña], en diciembre de 1914, y cuando la superioridad artillera de nuestros enemigos occidentales aumentó hasta convertirse en devastadores bombardeos pesados, los trenes hospitalares trajeron una cantidad bastante grande de oficiales y soldados no heridos pero con enfermedades mentales. A partir de entonces, su número aumentó cada vez más rápidamente. [...] Hubo que abrir hospitales especiales para pacientes con enfermedades mentales. Desde entonces su número no deja de aumentar. Se ha abierto un hospital, y muy pronto estará lleno y habrá que habilitar más espacio. Ahora nos encontramos con la situación de que los pacientes con enfermedades mentales son, en términos de su número, el grupo más importante de todos los miembros enfermos del ejército y que los hospitales militares para soldados con enfermedades mentales son los únicos que siempre están totalmente ocupados. [...] tropas que en total suman varios cuerpos del ejército han sido retiradas del frente y de la guarnición con enfermedades mentales. [...] Las razones principales son el miedo y el temor provocados por la explosión de los obuses y las minas enemigas, por la visión de compañeros mutilados y muertos, por el derrumbamiento de los barracones, por la experiencia de sus propias heridas o daños corporales causados por objetos contundentes. Los síntomas consecutivos son las condiciones, bien conocidas por ustedes, de mutismo repentino, sordera o sordomudez, de temblor general, la incapacidad para ponerse de pie o caminar, desmayos y calambres» (Gaupp, 1917, citado en Ulrich y Ziemann, 2010, pp. 114-115).

Para entender estos síntomas, en el Reino Unido se empezó a utilizar el diagnóstico de “choque por obús” (*shell shock*), con la idea implícita, tal y como ocurrió inicialmente con la espina dorsal ferroviaria, de que tales alteraciones eran atribuibles a causas físicas, en particular, a hemorragias cerebrales menores o commociones cerebrales debidas a la explosión de los obuses y bombas, sin que mediaran factores psicológicos. Muy pronto, sin embargo, otros neurólogos y psiquiatras empezaron a considerar que tales alteraciones, por el contrario, eran signos y síntomas de trastornos psicológicos derivados de las condiciones aterradoras de la I Guerra Mundial, respondían a causas psicológicas y podían aparecer incluso en soldados sin ningún trastorno mental previo. Como indicaba Charles S. Myers, médico, psicólogo, por entonces capitán médico del ejército británico y acreditado como el primer especialista que publicó un artículo utilizando el nombre de choque por obús para referirse a los soldados que mostraban esos síntomas, «la estrecha relación de estos casos con los de “histeria” parece bastante cierta» (Myers, 1915, p. 320).

Incluso Frederick W. Mott, un neurólogo, neuropatólogo y psiquiatra con una prestigiosa carrera en diversas universidades y hospitales, famoso por defender las causas orgánicas de los trastornos mentales, ya que había ayudado a establecer que la «parálisis general de los locos» (*general paralysis of the insane*) se debía en realidad a la sífilis, y que, durante la I Guerra Mundial, había sido teniente coronel médico del ejército británico, reconocía que las condiciones particularmente aterradoras de esta guerra podían provocar un choque emocional que causara los síntomas que se encuadraban bajo el término específico de choque por obús o bajo los términos generales de “neurosis de guerra” (*war neurosis*) o “neurosis traumática” (*traumatic neurosis*), incluso en soldados sin ninguna predisposición psicopatológica previa, aunque con mayor probabilidad en aquellos con «tendencia neuropática innata o adquirida», argumentando, además, que dichos síntomas no deberían entenderse como un trastorno nuevo y específico asociado a la guerra, sino como ejemplos de neurastenia o histeria. En concreto, Mott afirmaba:

«En ninguna guerra anterior se había registrado un número tan elevado de hombres discapacitados por enfermedades nerviosas funcionales. Pero en ninguna guerra anterior se habían dado tales condiciones. [...] En 1917 se calculó que un tercio de los ilesos y una séptima parte del total de bajas, incluyendo a los heridos, presentaban incapacidad permanente debido a enfermedades nerviosas funcionales o mentales. Las autoridades del Ministerio de Guerra reconocen tres formas de neurosis de guerra —en rigor, psiconeurosis—, a saber, la neurosis de guerra, la histeria y la neurastenia. [...] Estas variadas y multiformes manifestaciones histéricas son de origen psicógeno y se deben a un choque emocional. Son curables mediante contrasugestión. En el verdadero choque por obús con síntomas histéricos, siempre existe una condición neurasténica residual que no cede a la persuasión. [...] La guerra no ha producido ninguna enfermedad nerviosa nueva; se trata de la misma histeria y la misma neurastenia que los neurólogos conocían antes de la guerra y que eran curables con los mismos métodos. Un hecho que ha quedado claro para todos los que han atendido psiconeurosis de guerra es que los signos y síntomas de la histeria y la neurastenia en los hombres que han estado en el frente y han sido dados de alta por invalidez (excepto aquellos en los que ha habido pruebas definitivas de commoción cerebral o espinal, o de que fueron gaseados o enterrados [por las bombas]) no difieren esencialmente en nada de los signos y síntomas de la histeria y la neurastenia de los soldados que nunca han salido de Inglaterra. [...] No se puede exagerar la gran importancia que tiene la tendencia neuropática innata o adquirida en la producción de los síntomas y signos de la histeria y la neurastenia. Al mismo tiempo, hay que admitir que el choque —y con esto me refiero no sólo al choque commocional sino también al choque emocional— debido a las condiciones aterradoras u horrores de esta guerra, puede inducir manifestaciones histéricas en un individuo neuropotencialmente sano, de hecho, en un soldado que por su historial ha demostrado que ni es de disposición tímida ni tiene ninguna tendencia neuropática» (Mott, 1919, pp. 339-440).

En resumen, la naturaleza exacta de los síntomas en cuanto al tipo de diagnóstico psicológico más apropiado, su especificidad respecto a los trastornos psicológicos identificados en no combatientes o la existencia de factores predisponentes y sus características fueron objeto de intenso debate durante la I Guerra Mundial, como también lo era su distinción de los casos de simulación en el contexto de la cultura militar de persecución y castigo de la cobardía y la deserción. De hecho, había médicos, psiquiatras y neurólogos británicos, pero sobre todo alemanes y franceses, que, en consonancia con la creencia de muchos mandos militares y con las afirmaciones de reputados especialistas como, por ejemplo, el neurólogo francopolaco Joseph Babinski, que afirmaba que los soldados histéricos eran indistinguibles de los simuladores, o el psiquiatra alemán Emil Kraepelin, que defendía que el diagnóstico de neurosis traumática o de guerra no convenía al interés nacional, reducía la voluntad de luchar y podría provocar un aumento drástico y desastroso del número de bajas y de pensiones por discapacidad, se esforzaban por desenmascarar la simulación, limitar la concesión excesivamente liberal de largas estancias hospitalarias y de pensiones por discapacidad y devolver a los soldados a la batalla lo antes posible, utilizando para ello "tratamientos" basados en decir a los militares con neurosis de guerra que estaban evitando su deber, en advertirles que si persistían serían castigados y en asegurarles que no padecían ninguna enfermedad, sino una voluntad débil que necesitaba fortalecerse (Crocq y Crocq, 2000; Shephard, 2001).

Las neurosis de guerra en la guerra civil española y en la II Guerra Mundial

Todas las guerras son terribles, pero la guerra civil española (1936-1939) fue una de las peores hasta entonces, ya que, además de ser una guerra civil, puede considerarse el ensayo del concepto de "guerra total" que caracterizó a la II Guerra Mundial. Este concepto implica una guerra sin restricciones en los objetivos y medios utilizados, con ataques sistemáticos contra la población civil e indiferencia general por los daños colaterales, tal y como reflejaban los bombardeos y ametrallamientos aéreos sobre las ciudades o sobre los refugiados o evacuados civiles (p. ej., el bombardeo de Guernica, la masacre de la carretera Málaga-Almería). A pesar de ello, los constructos psicopatológicos utilizados por los profesionales de la salud mental, prácticamente todos ellos psiquiatras, que escribieron sobre los trastornos psicológicos causados por la guerra civil española fueron los mismos que los utilizados al final de la I Guerra Mundial tras desechar el término de choque por obús, y reflejaban los debates e ideas principales surgidos en esa contienda.

Así, tanto los psiquiatras que atendieron a los miembros del ejército republicano —p. ej., Emilio López i Mira (Mira, 1943), José Miguel Sacristán (1938) y Dionisio Nieto (1937)— como los que atendieron a los del ejército sublevado —p. ej., Juan José López Ibor (1942) y Luis Rojas Ballesteros (1942)— utilizaron, en general, el concepto de neurosis de guerra en sus distintas variaciones (p. ej., histeria, neurastenia, fóbica, orgánica), y defendieron que estos trastornos eran iguales a los que aparecían en la vida civil o en relación con otras situaciones traumáticas, de manera que afirmaban que no había ningún trastorno mental específicamente debido a la guerra y

que dichos trastornos, debido a las circunstancias excepcionales de la guerra, podían aparecer en militares sin ninguna predisposición, aunque eran más probables en estos últimos. Sacristán (1938, p. 69), citando a dos reconocidos psiquiatras y neurólogos alemanes, lo expresaba así: «No hay que olvidar que "la histeria no es una enfermedad, sino un modo de reacción anormal ante las exigencias y dificultades de la vida" (Kretschmer), y que todos, en determinados momentos de gran intensidad afectiva (guerra, temblores de tierra, etc.), podemos, "incluso la personalidad más diferenciada, manifestar reacciones histéricas" (Gaupp)», mientras que Nieto (1937, p. 188) afirmaba: «si durante los primeros tiempos de la guerra hubiéramos podido reconocer los psiquiatras, al azar, grandes masas de población, se hubiera comprobado con toda seguridad la existencia de numerosos trastornos: depresiones angustiosas, estados depresivos con ideas paranoides, distimias, cuadros histéricos distintos, etc. Probablemente habría sido difícil encontrar una persona totalmente incólume ante estos estímulos, y de haber existido se hubiera interpretado mucho más como un síntoma de anormalidad que como una prueba de integridad psíquica. Sin embargo, la mayor parte de estas reacciones ligeras deben ser consideradas como respuestas adecuadas, esto es, normales, a estímulos realmente excepcionales». (Nieto, 1937, p. 188).

Asimismo, los psiquiatras españoles de ambos ejércitos también discutieron la distinción de las neurosis de guerra respecto a los casos de simulación y señalaron varios factores, además de la existencia de una psicopatología previa, que aumentaban la probabilidad de su aparición, especialmente factores psicosociales y constitucionales relacionados con ideologías políticas, nacionalistas o raciales. Por ejemplo, López Ibor (1942, pp. 125-126) sostenía que «el "tono bélico" fue uno de los factores que impidieron la aparición de las neurosis», entendido como un «ambiente espiritual [...] cargado de valencias positivas» y una «cierta exaltación del sentimiento de comunidad en los combatientes y en la retaguardia». Por otro lado, López Ibor (1942, p. 126) también aludía a que se podría hallar «en la propia psicología del español elementos que cohíban o repriman las reacciones neuróticas en situaciones de peligro como las bélicas», psicología que respondería tanto a características constitucionales como culturales.

Debido a esos factores, los psiquiatras de los dos ejércitos parecían coincidir en que, en la guerra civil española, hubo menos casos de neurosis de guerra que en la I Guerra Mundial, pero discrepaban en el tipo de neurosis de guerra más frecuente. Por ejemplo, López i Mira (Mira, 1943, p. 73) consideraba que «la forma más común de alteración neurótica era la habitualmente conocida como histeria de conversión, caracterizada especialmente por síntomas psicomotores paréticos, espásticos y disímicos», mientras que López Ibor (1942, p. 128) sostenía que los casos de neurosis histérica fueron pocos, siendo los más frecuentes los casos de neurosis orgánica, de manera que «a las parálisis histéricas han sucedido los espasmos digestivos o las angustias respiratorias».

Este cambio en la sintomatología más frecuente de la neurosis de guerra pareció consolidarse en la II Guerra Mundial, aunque no tanto en su vertiente orgánica, como en su vertiente más afectiva (miedo, ansiedad, irritabilidad, depresión) y con una sintomatología mucho más variada (p. ej., amnesia, pesadillas, sobresaltos, insomnio, agresividad, fatigabilidad, pérdida de interés). También se consolidaron las ideas de que ese trastorno era parecido al que puede aparecer en relación

con otras situaciones traumáticas, de que, a pesar de su variada sintomatología, se podía distinguir de otros trastornos mentales por sus características y supuestos factores etiológicos, y de que el trastorno podía aparecer en personas sin ninguna predisposición.

Por otro lado, el número de combatientes afectados por la neurosis de guerra fue mucho mayor en la II Guerra Mundial y, dado que esta guerra fue el ejemplo más extremo hasta entonces de la guerra total como quedó exemplificado por los bombardeos aéreos sistemáticos sobre las ciudades, las bombas atómicas lanzadas sobre Hiroshima y Nagasaki y los millones de muertes causadas por el Holocausto, esto también allanó el camino a considerar sus consecuencias psicopatológicas no solo sobre los combatientes, sino también sobre la población civil afectada.

Sobre estos temas, Abram Kardiner, psiquiatra estadounidense que había atendido a muchos veteranos de la I Guerra Mundial y profesor de la Universidad de Columbia, afirmaba lo siguiente en la segunda edición de su influyente libro sobre las neurosis de guerra:

«Hasta la guerra de 1911-1918 esta neurosis recibió poca atención [...] La neurosis solía llevar el nombre del agente provocador, como la neurosis del rayo, la espina dorsal ferroviaria, el choque por obús, etc. La guerra actual ha vuelto a poner de relieve el problema de las neurosis asociadas. Sin embargo, esta vez el problema es mucho más urgente, ya que, debido al bombardeo aéreo generalizado de centros urbanos, es probable que la neurosis traumática ya no se limite a los combatientes» (Kardiner, 1947, ix-x).

«El hecho simple es que las tensiones de la guerra crean solo un síndrome que, aunque no es exclusivo de las condiciones de guerra, es extremadamente frecuente. [...] Un síndrome que se identifica de diversas maneras como neurosis traumática, choque por obús, fatiga de combate, agotamiento de combate y diversas variantes de nomenclatura. Todos estos términos significan lo mismo. Todos se refieren al trastorno común adquirido como consecuencia del estrés bélico. [...] En la Segunda Guerra Mundial se produjo un marcado descenso de las afasias y parálisis histéricas extremas, y de los tipos epileptiformes de las neurosis traumáticas» (Kardiner, 1947, 2-3).

Los trastornos relacionados con las situaciones traumáticas en el DSM y la CIE

Una de las formas quizás más adecuadas de analizar el desarrollo histórico del TEPT después de la II Guerra Mundial es a través de los constructos psicopatológicos que en las diferentes ediciones del DSM y la CIE se han propuesto para entender los trastornos relacionados con la experiencia de acontecimientos traumáticos.

Las dos ediciones de la CIE inmediatamente posteriores a la II Guerra Mundial, la sexta y la séptima (World Health Organization [WHO], 1948/1952, 1955/1957), así como la primera edición del DSM (APA, 1952), reflejaban los consensos científicos alcanzados tras las dos guerras mundiales —también observable durante la guerra civil española— respecto a que los trastornos psicológicos más o menos crónicos que podrían aparecer tras sufrir una guerra eran iguales a los que aparecían en la vida civil o en relación con la vivencia de otras

situaciones traumáticas, pero en las tres clasificaciones se proponía una nueva categoría diagnóstica para los síntomas más transitorios que podían aparecer tras experimentar un suceso traumático, categoría diagnóstica que se denominaba “desajuste agudo situacional” en la CIE-6 y CIE-7 y “reacción grave de estrés” en el DSM-I. Los síntomas que se incluían bajo estos términos eran muy variados y podrían ser de cualquier gravedad, incluso psicóticos, pero tales síntomas debían ser transitorios y reversibles. Si dichos síntomas se prolongaban, en las tres clasificaciones se proponía diagnosticar, en función del cuadro clínico y los posibles factores causales, cualquiera de los otros trastornos mentales incluidos en dichas clasificaciones, aunque lo más habitual era el diagnóstico de algún tipo de neurosis. Más allá de la diferencia en el nombre propuesto, la CIE-6 y la CIE-7 se diferenciaban del DSM-I en el tipo de situaciones que podían provocar los síntomas y signos recogidos con la nueva categoría diagnóstica. El diagnóstico de desajuste agudo situacional se podía utilizar no solo en situaciones traumáticas como la guerra o los accidentes laborales, de ahí que la CIE-6 y la CIE-7 incluyera bajo dicha etiqueta los síndromes de “fatiga de combate” o “fatiga profesional”, sino también en situaciones de estrés de mucha menor gravedad, ya que la etiqueta también incluía el síndrome denominado “excitación anormal bajo tensiones pequeñas”, mientras que el diagnóstico de reacción grave de estrés solo se podía utilizar en situaciones que implicaban exigencias físicas graves o un estrés emocional extremo como, por ejemplo, combates o catástrofes civiles (incendio, terremoto, explosión) y, además, su uso implicaba asumir que, en muchos casos, los síntomas pueden aparecer en personas sin trastornos mentales previos o subyacentes.

Las siguientes ediciones de la CIE y del DSM, la CIE-8 (WHO, 1965/1967) y el DSM-II (1968), mantenían la misma concepción que las anteriores sobre los síntomas transitorios y los síntomas crónicos que podrían aparecer tras vivir un acontecimiento traumático, salvo que en la CIE-8 se cambia el nombre de desajuste agudo situacional por el de “perturbaciones situacionales transitorias” y en el DSM-II se cambia el nombre de reacción grave de estrés por el de “reacción de ajuste de la edad adulta”.

Sin embargo, la siguiente edición de la CIE, la CIE-9 (WHO, 1975/1977), presenta algunas modificaciones importantes, ya que, además de cambiar de nuevo el nombre del trastorno para diagnosticar los síntomas transitorios, ahora denominado “reacción aguda al estrés”, y circunscribir su uso a situaciones que implican un estrés físico o mental excepcional, como una catástrofe natural o una batalla, y a personas sin ningún trastorno mental aparente, se proponen cinco tipos predominantes de alteraciones para afinar ese diagnóstico (de las emociones, de la conciencia, psicomotoras, otras y mixtas) y, bajo los tres primeros tipos, se incluyen ocho síntomas psicológicos característicos (p. ej., pánico, miedo, depresión, agitación y estupor). Es más, en la CIE-9 (WHO, 1975/1977), también se propone una nueva categoría diagnóstica, denominada “reacción de ajuste”, para las alteraciones psicológicas que, en lugar de durar horas o días como en la reacción aguda al estrés, duran más tiempo, unos pocos meses, aunque dichas alteraciones se siguen considerando generalmente reversibles y si duran más meses habría que diagnosticar algún tipo de trastorno neurótico. Este nuevo constructo diagnóstico se aplica, al igual que la reacción aguda al estrés, a las reacciones psicopatológicas que sufren las personas sin ningún trastorno mental aparente tras

vivir un estresor grave, pero, al contrario que aquel, también se aplica a estresores menos graves o traumáticos como el duelo, la migración o las experiencias de separación.

Del síndrome pos-Vietnam al TEPT del DSM-III

La especificación de síntomas es más nítida y las modificaciones son más importantes con la siguiente edición del DSM publicada en 1980, el DSM-III (APA, 1980), en la cual, precisamente, se propone por primera vez el constructo psicopatológico de TEPT. El TEPT implica tres novedades conceptuales: (1) el constructo engloba 12 síntomas característicos, a saber, tres de reexperimentación, tres de embotamiento de la capacidad de respuesta o de reducción de la implicación con el mundo externo y seis síntomas autonómicos, disfóricos o cognitivos; (2) los síntomas pueden ser transitorios o crónicos, de manera que, si los síntomas se inician antes de los seis meses y duran menos de seis meses, se diagnostica un TEPT agudo y, si duran más de seis meses, se diagnostica un TEPT crónico, y (3) se propone el diagnóstico de TEPT demorado para entender los casos en que los síntomas empiezan mucho tiempo después de la vivencia del suceso traumático, en concreto, seis meses después.

Por otro lado, el TEPT del DSM-III implica que los síntomas son debidos a un estresor que evocaría síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo y que generalmente está fuera del alcance de experiencias tan comunes como un simple duelo, una enfermedad crónica, las pérdidas comerciales o los conflictos matrimoniales, estresor que se exemplifica en el DSM-III con el listado de los siguientes sucesos: combate, violación, agresión, desastres naturales (inundaciones, terremotos) y desastres causados por el hombre de forma accidental (accidentes de coche o avión, incendios) o deliberada (bombardeo, tortura, campo de concentración). A pesar de esta delimitación de la naturaleza de los sucesos que provocan TEPT, en el DSM-III se asume que este trastorno es más probable en personas con psicopatologías preexistentes.

Por tanto, rompiendo el consenso científico que se había prolongado entre, al menos, finales de la I Guerra Mundial y mediados de los años 70 del siglo XX (p. ej., la CIE-9), con el DSM-III se admite la existencia de un trastorno mental específicamente asociado a la experiencia de una situación traumática que no solo puede ser transitorio y durar horas, días o unos pocos meses, como se planteaba en años anteriores, sino que también puede ser crónico. Por tanto, para entender las reacciones psicopatológicas crónicas que pueden presentar las personas tras vivir un acontecimiento potencialmente traumático no habría que considerar solo los trastornos neuróticos tradicionales, trastornos que en el DSM-III se denominan también con nuevos nombres al abandonarse la implicación etiológica del concepto de neurosis, sino que, en función de los síntomas característicos que aparecen, habría que considerar el diagnóstico de TEPT.

El TEPT, además, es una categoría diagnóstica que está relacionada con todo tipo de situaciones traumáticas y no con un tipo particular de ellas. Y ello a pesar de que en los años 60 y 70 del siglo XX, antes de la publicación del DSM-III, se habían propuestos constructos psicopatológicos para entender las alteraciones psicológicas relacionadas con tipos específicos de situaciones traumáticas como,

por ejemplo, el “síndrome del campo de concentración” (*concentration camp syndrome*; Chodoff, 1963), el “síndrome de trauma por violación” (*rape trauma syndrome*; Burgess y Holmstrom, 1974) y el “síndrome pos-Vietnam” (*post-Vietnam syndrome*; Friedman, 1981), y de que detrás de tales propuestas había, además de académicos y profesionales de la salud mental, importantes movimientos sociales de defensa de los derechos de las víctimas de esas distintas situaciones traumáticas (McFarlane y Kilpatrick, 2021). De hecho, el síndrome pos-Vietnam y sus defensores en los campos académico, profesional y social, tuvieron un papel muy importante en la propuesta del TEPT en el DSM-III, ya que, como Scott (1990) ha descrito con detalle, un grupo de psiquiatras opuestos a la guerra de Vietnam y que trataban a veteranos de esta guerra presionaron al psiquiatra Robert Spitzer, presidente del Grupo de Trabajo de la APA encargado de la elaboración del DSM-III, para que incluyera en este una categoría diagnóstica que capturase los síntomas psicológicos que observaban en los veteranos. Dos de esos psiquiatras y un veterano de la guerra de Vietnam opuesto también a la guerra terminaron formando parte de un Comité sobre Trastornos Reactivos de la APA creado por Spitzer para informar al Grupo de Trabajo del DSM-III y formado por seis personas, incluido el propio Spitzer (APA, 1980). Finalmente, ese comité, tras revisar exhaustivamente la información sobre los síndromes y trastornos psicológicos asociados a diferentes sucesos traumáticos –trastornos como los mencionados en líneas y epígrafes anteriores–, no propuso un síndrome pos-Vietnam ni ningún constructo psicopatológico relacionado únicamente con la guerra (p. ej., *post-combat disorder*: trastorno poscombate), ya que eran demasiado limitados y muchos de los síntomas recogidos por esos síndromes y trastornos psicológicos se presentaban tanto en víctimas de situaciones traumáticas no relacionadas con la guerra como en los veteranos de la guerra de Vietnam o de otras guerras, y, en cambio, propuso el TEPT que incluía, precisamente, esos síntomas comunes.

Como argumentan McFarlane y Kilpatrick (2021), la amplitud del diagnóstico de TEPT al cubrir distintos tipos de situaciones potencialmente traumáticas posiblemente hizo que esta categoría diagnóstica fuera más resistente a los ataques y reticencias de los críticos que sus precursores más limitados (p. ej., síndrome pos-Vietnam, síndrome del campo de concentración), ataques procedentes tanto de los especialistas que, como John Helzer, profesor de psiquiatría de la Universidad de Washington en St. Louis, y Lee N. Robins, catedrática de sociología en psiquiatría de la misma universidad y reputada especialista en epidemiología psiquiátrica, consideraban que las categorías diagnósticas estándar de depresión, esquizofrenia y alcoholismo cubrían adecuadamente los síntomas de los veteranos de Vietnam y de guerras anteriores, como de los psiquiatras que defendían que los veteranos padecían una neurosis o psicosis cuyo origen y dinámica no estaban relacionados con el combate (Scott, 1990).

El TEPT en el DSM-III-R, la CIE-10 y el DSM-IV

Siete años después de la publicación del DSM-III, se publicó una versión revisada del mismo, el DSM-III-R (APA, 1987), que, en lo concerniente al TEPT, tenía tres novedades relevantes. Primera, el aumento de los síntomas característicos que definían la categoría

diagnóstica de TEPT, de 12 en el DSM-III a 17 en el DSM-III-R. Segunda, se añade un criterio diagnóstico de duración mínima de los síntomas de un mes para realizar el diagnóstico de TEPT. Tercera, entre los ejemplos de situación traumática, se incluye por primera vez no solo la experiencia directa de dicha situación, sino también la indirecta: «ver a otra persona que recientemente ha resultado, o está siendo, gravemente herida o muerta como resultado de un accidente o violencia física» (APA, 1987, p. 250).

Las siguientes ediciones de la CIE y el DSM, la CIE-10 (WHO, 1992) y el DSM-IV (APA, 1994), se elaboran de manera más coordinada como resultado de las consultas entre los realizadores de ambos sistemas de clasificación con el fin de aumentar la compatibilidad entre ellos, y, de hecho, se publican con pocos años de diferencia, y en ellas se proponen dos categorías diagnósticas muy similares tanto en su nombre como en sus síntomas característicos para así entender de manera diferenciada tanto las alteraciones psicológicas más transitorias relacionadas con la experiencia de situaciones traumáticas como las más persistentes o crónicas. Así, la CIE-10, que en anteriores ediciones incluía una categoría diagnóstica que recogía los síntomas transitorios que desaparecían en dos o tres días, a menudo en pocas horas, mantiene esta con el nombre de “reacción a estrés agudo” (*acute stress reaction*), pero incluye por primera vez, y en línea con la propuesta previa del DSM-III y su posterior revisión (DSM-III-R) y edición (DSM-IV), una categoría diagnóstica que recoge un cuadro sintomático más duradero que, «en una pequeña proporción de los casos [...] puede seguir un curso crónico de muchos años» (WHO, 1992, p. 148), y que tiene el mismo nombre que en esas ediciones del DSM: “trastorno de estrés postraumático” (TEPT). De forma paralela, el DSM-IV incluye por primera vez, y en línea con la propuesta previa de la CIE-9 y su edición posterior (CIE-10), una categoría diagnóstica que recoge los síntomas más transitorios y que tiene un nombre parecido al de esas ediciones de la CIE, a saber, “trastorno de estrés agudo” (*acute stress disorder*) (TEA), aunque su posible duración es mayor que en las ediciones de la CIE, ya que los síntomas deben durar entre dos días y un mes, y si persisten más tiempo y reúnen los criterios del TEPT, el diagnóstico de TEA debería cambiarse por el de TEPT.

Respecto al DSM-III-R, la concepción del TEPT del DSM-IV es prácticamente la misma. Es cierto que, en el DSM-IV, las frases que describían a las situaciones potencialmente traumáticas en el DSM-III-R (y también en la CIE-10) como situaciones que estaban más allá del límite de la experiencia humana normal y que podrían provocar un malestar significativo en casi todo el mundo, fueron suprimidas debido a su escasa fiabilidad y precisión, ya que, según los estudios, la prevalencia de esas situaciones no era baja en la población general, y que, en su lugar, en el DSM-IV, se requería que la respuesta de la persona a la situación potencialmente traumática implicase miedo, indefensión u horror intensos y que la situación que la persona hubiese experimentado, presenciado o explicado se caracterizase por muertes o amenazas a la integridad física (este segundo requerimiento ya estaba incluido en el DSM-III-R, pero no en la CIE-10). También es cierto que, en comparación con el DSM-III-R (y también la CIE-10), en el DSM-IV se incluyó un nuevo criterio diagnóstico que requería que los síntomas produjeran un malestar o deterioro clínicamente significativo y también se incluyeron las especificaciones agudo y crónico (que curiosamente sí estaban en el DSM-III, pero desparecieron en el DSM-III-R). Sin

embargo, respecto a otros criterios diagnósticos, incluidos los síntomas característicos, no hay diferencias en el DSM-IV respecto al DSM-III-R.

Conclusiones

Durodié y Wainwright (2019, p. 6) argumentaban que: «La definición del trastorno de estrés postraumático en el DSM-IV tuvo claramente un tremendo efecto en las agendas de investigación, así como en la configuración de las proyecciones y la financiación, antes del 11 de septiembre y después», pero, tal y como se ha descrito líneas atrás con detalle, la definición del TEPT en el DSM-IV no implicaba cambios tan sustanciales respecto al DSM-III-R e incluso respecto al DSM-III. Por tanto, quizás el impacto que según Durodié y Wainwright (2019) tuvo el DSM-IV —y no tanto, según ellos, los atentados del 11-S— en el aumento en el número de publicaciones sobre terrorismo y salud mental no debería achacarse, tal y como argumentan esos autores, a la propia definición de TEPT que incluía el DSM-IV.

Es más, Durodié y Wainwright (2019, pp. 2-3) también argumentaban que: «En conjunto, estos criterios [del TEPT del DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV] representaron un cambio en la prioridad previamente otorgada al papel de la predisposición personal en el trastorno de estrés postraumático hacia las características del evento traumático en sí mismo que tienen una posible respuesta universal». Sin embargo, tal y como se ha descrito en epígrafes anteriores respecto a los constructos psicopatológicos propuestos a finales del XIX y a lo largo del siglo XX para entender las reacciones psicopatológicas a los sucesos potencialmente traumáticos, la prioridad otorgada a las características del propio suceso traumático es rastreable no solo a los constructos de reacción grave al estrés del DSM-I, de reacción de ajuste de la edad adulta del DSM-II y de reacción aguda al estrés y de reacción de ajuste de la CIE-9, los cuales suponían todos ellos que eran reacciones psicopatológicas que aparecían en personas sin ningún trastorno mental subyacente o aparente, sino también a la opinión de muchos especialistas prestigiosos durante los finales del XIX y los iniciales del XX en relación con la espina dorsal ferroviaria (véase, p. ej., las citas recogidas de Page) o de muchos especialistas prestigiosos durante las guerras mundiales o la guerra civil española en relación con la neurosis de guerra y los otros constructos psicopatológicos utilizados para entender las reacciones psicopatológicas tanto transitorias como persistentes de los militares o de los civiles afectados por esas contiendas bélicas (véanse, p. ej., las citas recogidas de Gaupp, Mott, Sacristán o Nieto). Todos estos especialistas asumían, no solo que tales trastornos más o menos persistentes podían aparecer en personas normales sin ningún tipo particular de personalidad predisponente, sino que las características terribles de las guerras modernas tenían un papel significativo en su aparición.

Por tanto, circunscribir al advenimiento del DSM-IV o, incluso del DSM-III, tal y como hacían Durodié y Wainwright (2019), el momento en el que la agenda científica empieza a dar importancia a las características de los sucesos potencialmente traumáticos en la aparición de alteraciones psicológicas tras la exposición a los mismos y el momento en que dicha agenda científica empieza también a dar importancia a la posibilidad de que esas alteraciones se produzcan en buena parte de la población afectada por esos sucesos, no solo en

los que tienen una especial predisposición personal, no se ajusta a los antecedentes históricos del TEPT a nivel mundial y podría implicar una cierta miopía científica hacia esos antecedentes y un sesgo injustificado hacia los acontecimientos ocurridos en EE. UU. a partir de la guerra de Vietnam que contextualizaron el desarrollo del DSM-III y del DSM-IV hacia la literatura científica estadounidense de ese período.

Referencias

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1968). *DSM-II. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2.ª ed.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3.ª ed.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1987). *DSM-III-R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3.ª ed., revisada). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.ª ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.

Burgess, A. W., y Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 131(9), 981-986. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.9.981>

Chodoff, P. (1963). Late effects of the concentration camp syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 8, 323-333. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720100013002>

Crocq, M. A., y Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 47-55. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/macrocq>

Collie, J. (1917). *Malingering and feigned sickness, with notes on the Workmen's Compensation Act, 1906, and compensation for injury, including the leading cases thereon* (2.ª ed., revisada y ampliada). Edward Arnold. <https://hdl.handle.net/2027/njp.32101038042303>

Durodié, B., y Wainwright, D. (2019). Terrorism and post-traumatic stress disorder: A historical review. *The Lancet Psychiatry*, 6(1), 61-71. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30335-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30335-3)

Erichsen, J. E. (1875). *On concussion of the spine, nervous shock, and other obscure injuries of the nervous system in their clinical and medico-legal aspects*. Longmans, Green, and Co. <https://wellcomecollection.org/works/hge7d7j3>

Friedman, M. J. (1981). Post-Vietnam syndrome: recognition and management. *Psychosomatics*, 22(11), 931-943. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(81\)73455-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(81)73455-8)

García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). Repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas en las víctimas adultas y su tratamiento: estado de la cuestión. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), 198-204. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/23694>

Harrington, R. (2001). The railway accident: trains, trauma, and technological crises in nineteenth-century Britain. En M. S. Micale y P. Lerner (Eds.), *Traumatic pasts: history, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870-1930* (pp. 31-56). Cambridge University Press.

López Ibor, J. J. (1942a). Neurosis de guerra. *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3(1-2), 112-133.

Maude, A. (1902). Traumatic neurasthenia. *The Hospital*, 31(806), 387-388. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5211899>

McFarlane, A. C., y Kilpatrick, D. G. (2021). Historical roots of the PTSD construct: how PTSD became a diagnosis and launched the traumatic stress field. En M. J. Friedman, P. P. Schnurr y T. M. Keane (Eds.), *Handbook of PTSD: science and practice* (3.ª ed., pp. 38-58). The Guilford Press.

Mira, E. (1943). *Psychiatry in war*. W. W. Norton & Company.

Mott, F. W. (1919). War neuroses. Introduction to the discussion. *The British Medical Journal*, 1(3041), 439-442. <http://www.jstor.org/stable/20337363>

Myers, C. S. (1915). A contribution to the study of shell shock: being an account of three cases of loss of memory, vision, smell, and taste, admitted into the Duchess of Westminster's war hospital, le Touquet. *The Lancet*, 185(4772), 316-320. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)52916-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)52916-X)

National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism [START]. (2022). *Global Terrorism Database 1970-2020* [archivo de datos]. <https://www.start.umd.edu/gtd>

Nieto, D. (1937). Psiquiatría y neurología de guerra. *Revista de Sanidad de Guerra*, 1(5), 182-193. <https://revistes.iec.cat/index.php/rsg/article/view/140785>

Organización Mundial de la Salud. (1950). *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. Sexta revisión de las listas internacionales de enfermedades y causas de defunción. Adoptada en 1948* (vol. 1). Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/70941>

Outten, W. B. (1894). Traumatic-neuroses:—a reply to Dr. R. M. Swearingen and the Texas Medical Journal. *Texas Medical Journal*, 10(3), 97-108. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9591154>

Page, H. W. (1883). *Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion, and nervous shock, in their surgical and medico-legal aspects*. P. Blakinston, Son & Co.

Putnam, J. J. (1883). Recent investigations into the pathology of so-called concussion of the spine,—with cases illustrating the importance of seeking for evidences of typical hysteria in the chronic as well as in the acute stages of the disease. *Boston Medical and Surgical Journal*, 109(10), 217-220. <https://doi.org/10.1056/NEJM188309061091001>

Rojas Ballesteros, L. (1942). Psiquiatría de guerra. *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3(1-2), 90-112.

Sacristán, J. M. (1938). La asistencia del neurótico de guerra. *Revista de Sanidad de Guerra*, 2(10), 69-77. <https://revistes.iec.cat/index.php/rsg/article/view/140841>

Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2021). Mental health consequences of terrorist attacks in adults. En P. Graf y D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook on the state of the art in applied psychology* (pp. 207-237). Wiley.

Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2022). El síndrome del norte: un intento español de entender las consecuencias psicopatológicas del terrorismo, la violencia de persecución terrorista y la victimización secundaria de las víctimas del terrorismo (I). *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 22, 153-184. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/72376>

Scott, W. J. (1990). PTSD in DSM-III: a case in the politics of diagnosis and disease. *Social Problems*, 37(3), 294-310. <https://doi.org/10.1525/sp.1990.373.03a00020>

Shephard, B. (2001). *A war of nerves: soldiers and psychiatrists in the twentieth century*. Harvard University Press.

Ulrich, B., y Ziemann, B. (Eds.). (2010). *German soldiers in the Great War. Letter and eyewitness accounts*. Pen & Sword Books Ltd.

World Health Organization. (1957). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Based on the recommendations of the seventh Revision Conference, 1955, and adopted by the ninth World Health Assembly under the WHO Nomenclature Regulations* (vol. 1). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42900>

World Health Organization. (1967). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Based on the recommendations of the eighth Revision Conference, 19565, and adopted by the nineteenth World Health Assembly* (vol. 1). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/70934>

World Health Organization. (1977). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Based on the recommendations of the ninth Revision Conference, 1975, and adopted by the twenty-ninth World Health Assembly* (vol. 1). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/40492>

World Health Organization. (1992). *ICD-10. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.