

CONSECUENCIAS PSICOPATOLOGICAS Y TRATAMIENTO EN PACIENTES MEDICOS

QUIRURGICOS DE LA TRAGEDIA DE ARMERO

POR:

JAIME VENGOECHEA, OTROS

Médico, Psiquiatra. Docente Departamento  
de Psiquiatría Universidad Javeriana.  
Psiquiatra del Servicio de Salud de Bogotá.  
Jefe Unidad de Salud Mental Hospital de la  
Samaritana

## CONSECUENCIAS PSICOPATOLOGICAS Y TRATAMIENTO EN PACIENTES MEDICO QUIRURGICOS DE LA TRAGEDIA DE ARMERO

( Estudio de 64 casos, Hospital de la Samaritana de Bogotá, abril de 1.986)

Los autores de esta investigación han decidido presentar en la publicación, sólo una parte de su trabajo. Debido a lo extenso, se ha tomado como prioridad la publicación de los capítulos 7 y 8 que tratan de las conclusiones, recomendaciones y resumen. Los capítulos 1 a 6 (justificación, marco teórico, objetivos, metodología y recursos, breve análisis de la casuística hospitalaria, análisis específico de resultados y observaciones) podrán ser consultados de la fuente original de este trabajo que se encuentra en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Javeriana.

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

El estudio se constituyó en el análisis de 64 pacientes hospitalizados, en el hospital de la Samaritana debido a la tragedia, puesto que éste numero fué atendido en su totalidad por nuestro servicio durante su tiempo de hospitalización, con algunos seguimientos por consulta externa.

En la casuística hospitalaria de 150 pacientes, 22 fueron remitidos, 15 fallecieron y 49 fueron dados de alta rápidamente. De ésta manera todos los pacientes hospitalizados recibieron atención psiquiátrica, y en 60 se elaboró una historia clínica psiquiátrica completa, orientada hacia el problema y en los otros cuatro pacientes atendidos se hizo la historia formal, pero de todas maneras se pudo seguir la fenomenología de la crisis y la respuesta al tratamiento.

Los pacientes guardaron un promedio de estancia hospitalaria de 4.13 semanas y dos de ellos hasta la fecha marzo 14 de 1.986, aún continúan hospitalizados. La principal causa de muerte la constituyó "falla multisistémica" y el cuadro No. 3 (ver original)

trae ejemplos de ésta subdivisión en distintos factores contribuyentes.

En cuanto al sexo hubo un predominio ligero de mujeres sobre hombres, que no tuvo una mayor incidencia sobre el estudio. Los grupos etáreos demostraron una población joven entre los 15 y 40 años, especialmente adolescentes o adultos jóvenes. El estado civil, antes de la tragedia estaba constituido especialmente por personas solteras (56.6%). El parámetro ocupación reveló que el 26.7% eran amas de casa, (el grupo laboral más numeroso). En segundo lugar encontramos 12 estudiantes.

El nivel de escolaridad reveló un grupo mayoritario, 20 pacientes, con una primaria completa. Bachilleres y profesionales fueron muy escasos (solo 7 casos). En cuanto al lugar de nacimiento, la gran mayoría (38 pacientes) eran de Armero y el resto de otros municipios aledaños en general. En lo que respecta a la religión el grupo en forma absoluta era católico, y la gran mayoría (53 pacientes) manifestaron ser devotos y practicantes. El factor religioso se vió como fenómeno de apoyo emocional y a lo largo del estudio se evidenció éste resplado afectivo ideológico.

Las conclusiones de éstos factores epidemiológicos analizados nos demostró, que la población joven tuvo más recursos para sobrevivir y que los niveles socioeconómicos que vivían en la periferia contaron con igual suerte.

El estado civil quedó enormemente disgregado después de la tragedia, esto afectó a las víctimas con un mayor grado de desmoralización. Los jóvenes adolescentes (25%) tenían una visión más optimista para el futuro y se encontraban anímicamente mejor, sin embargo, también habían tenido importantes pérdidas familiares, y su panorama, desde el punto de vista objetivo, también es incierto por lo pronto.

El análisis de la ocupación demuestra que la fuerza productiva de la microeconomía familiar casera, al igual que la fuerza productiva del varón y de la mujer fuera de casa quedó desintegrada, lo cual se agravó con la destrucción del hábitat ecológico. Solo 6 pacientes sufrieron amputaciones importantes y para ellos éste problema laboral se aumenta a menos que sean adecuadamente rehabilitados. El 43.3% de los pacientes tenían un nivel educativo muy bajo (6 pacientes eran analfabetas), en un mundo de exigencias cada vez mayores, la naupérrima educación contribuirá

proporcionalmente junto con otros factores sociales, hasta ahora mencionados, a una vida futura pobre para éstas personas.

El lugar de nacimiento revela la importancia de resurgir condiciones económicas, educativas, laborales y de vivienda que habla de la urgente necesidad de reivindicar la identidad e idiosincracia y amor por su tierra que estas personas solicitan ahincadamente.

El análisis reciente de un albergue, a cuatro cuadras del hospital de la Samaritana ha demostrado que aunque éstas personas tienen síntomas mentales evidentes, en algunos de ellos por ingesta elevada de alcohol, ansiedad y pesadillas, ésto al parecer ocupa un segundo plano de importancia para ellos, puesto que están más interesados en la resolución de sus conflictos socioeconómicos y en la búsqueda de la propia identidad cultural perdida.

La psicogénesis temprana demostró experiencias emocionalmente perturbadoras en el 81.7% de los casos y solo 11.3% de los pacientes había tenido una vida previa adecuada sin experiencias maltratantes, algunas cercanas a la felicidad. Un resumen de las experiencias emocionalmente perturbadoras encontradas es: Los núcleos familiares primarios en el 36.5% eran claramente enfermizos, 28.5% eran distantes y solamente un 35.0% eran armónicos. En el núcleo familiar secundario los hallazgos son similares, encontrando 23 personas (38.4%) que no tenían aún núcleo secundario establecido; en los que ya había establecido un núcleo familiar propio encontramos 50.0% de los mismos de carácter patológico (18.4% enfermizos y 11.6% distantes).

Totalizando los núcleos familiares secundarios establecidos, excluyendo los que aún no tienen un núcleo secundario encontramos en el primer grupo 29.72% de patología francamente enfermiza; 18.91% de patología distante y en 51.35% de los pacientes una vida familiar en sus núcleos secundarios que se caracterizaron por ser armónicos.

Las correlaciones entre núcleos primarios y secundarios son bastante coincidentes, demostrando que la patología de los primeros núcleos se transfiere a los segundos por las estereotipia de la identificación.

Otros hallazgos coincidentes fueron las vivencias de la infancia, de la adolescencia y de la vida adulta. El cuadro número 15 (ver original) nos demuestra una infancia adecuada o relativamente adecuada en el 48.14% de los pacientes, igual para la adolescencia y 52.28% para la vida adulta. Una vida infantil inadecuada, traumática o de carácter neurótico se encontró en 31 pacientes (51.65%), a su vez el mismo número se encontró para la adolescencia, y en la vida adulta en cambio aumentó al 47.72%, con lo cual confirmamos la transferencia de patología a las distintas edades evolutivas.

El patrón dominante de personalidad fué el pasivo-dependiente de carácter patológico encontrado en el 40% de los pacientes; 35.2% tenían otros patrones enfermizos de personalidad y solo 26.7% tenían un patrón adecuado.

El lector podrá darse cuenta que el índice de patología previa encontrada en la historia longitudinal y sus vivencias previas en cada uno de estos pacientes coincide con los tipos de personalidad enfermizos encontrados, factores que mancomunados, determinaron en buena parte, el tipo de reacción a la enfermedad actual (Síndrome de Estrés Postraumático).

El estudio reveló un número promedio de familiares desaparecidos que vivían con el paciente, correspondiente a 4.1%. El análisis desglosado, familia por familia, demostró una pérdida mayoritaria de hijos, en segundo lugar de hermanos, luego otros familiares y madres, y finalmente un número menor pero no menos significativo de cónyuges, lo cual enfatiza el grado de desestructuración familiar, moral y el duelo (muy importante) asociado.

#### RESUMEN, ANALISIS PSICOGENETICO Y PSICODINAMICO, ANTES DE LA TRAGEDIA

##### 1.- PSICOGENESIS TEMPRANA

Experiencias emocionalmente perturbadoras 81.7% de los pacientes. Sin experiencias emocionalmente perturbadoras 11.3%.

2.- NUCLEOS PRIMARIOS:	Armónicos	35.00%
	Distantes	28.5 %
	Enfermizos	36.5 %
3.- NUCLEOS SECUNDARIOS:	Armónicos	51.35%
	Distantes	18.91%
	Enfermizos	29.72%
4.- CORTE LONGITUDINAL:	Adecuados o relativamente adecuados	47.18%
	(Promedio edades infancia edad adulta).	
	Inadecuadas traumáticas o patrón neurótico	50.30%.
5.- TIPO DE PERSONALIDAD:	Enfermiza	
	Pasivo dependiente:	40.00%
	Otros patrones enfermizos:	33.3%
	Adecuadas:	26.7%

Frente a esto sobrevivieron un promedio de 2.4 familiares que vivían con el paciente. Como 3 fué el número promedio de familiares sobrevivientes que vivían en otros municipios, este último informe pone un saldo a favor en la sobrevivencia, cuyo resultado en el plano de las posibilidades del respaldo afectivo económico.

El análisis de frases más frecuentes para la fase de impacto demostró que el 98.3% de los pacientes dejaron traslucir a través de sus contenidos el importante mecanismo de negación de lo que iba a suceder. En la fase de impacto el choque sensorial descomunal y el desorden cognoscitivo predominó en los relatos y contenidos. Es importante resaltar la lista número 1 que enriquece el conocimiento de todas las vivencias posibles que hubo para esta fase. El dibujo No. 1 (ver en original) resume todos los factores implicados en la neurofisiología del desorden cognoscitivo y la perplejidad de la fase de impacto. En 10 casos de la casuística total hospitalaria el desorden neuroquímico se reflejó en alteraciones autoinmunes. Estos pacientes mostraron una disminución significativa de linfocitos T Y B en sangre y médula. La inmunosupresión así demostrada es el desenlace de la lesión física global, la sepsis y el compromiso autonómico central.

El grupo de lesiones físicas fué mayoritaria para las lesiones de los miembros inferiores y superiores, las otras áreas anatómicas aunque menos numerosas de verse afectadas,

sin embargo, fueron significativas en cuanto al daño físico y la vivienda.

El análisis de los mecanismos de defensa más utilizados en la fase de reoperación reveló un 100% de negación y sus equivalentes en la primera semana que poco a poco fué cediendo; dejando salir progresivamente distintos mecanismos de defensa que aliviaron al yo y facilitaron la recuperación.

El estudio de los sueños reveló la posibilidad de obtener una calidad onírica diferente, precoz, con una tendencia también prematura para la elaboración, combatiendo el pesimismo, el insomnio y facilitando la catarsis.

La depresión surgió cuando el paciente negó en menor proporción y se rodeó de mecanismos de defensa más adecuados, apareciendo el llanto espontáneo, una mejor aceptación de la realidad, confrontación con sentimiento de culpa, etc. (Para una mejor comprensión de cómo surgió la depresión y el alivio concomitante recomendamos consultar el texto original, análisis de la depresión).

En "Otros aspectos clínicos" resaltamos la importancia de síntomas como el insomnio, la hipoprosexia y dos casos de traumatismo craneo-encefálico evidente. El diagnóstico correspondió en el 100% al síndrome de stress postraumático agudo y asociado a formas depresivas. Solo el 5% de los pacientes presentaron una reacción psicótica y 3.33% tuvieron evidencia de traumatismo craneoencefálico.

Nuestra intervención la hemos llamado "EN CRISIS en la fase temprana de recuperación de las primeras 4 a 5 semanas y en pacientes médico-quirúrgicos de un desastre", para lo cual utilizamos 100% de psicoterapia breve de emergencia y de apoyo, facilitando la catarseis, disminuyendo la negación, contribuyendo a una actividad onírica de calidad más adecuada, temprana. No utilizamos la interpretación en estas primeras semanas y recurrimos a otras herramientas terapéuticas como la persuasión.

Fuimos cuidadosos con aquellos pacientes que tenían una enfermedad psicósomática aguda con un compromiso del estado general grave limitándonos solo al apoyo en la psicoterapia y los ayudamos con fenotiazinas sedativas.

El análisis de la catarsis, demuestra la lista de factores a favor de una buena catarsis y consiguiente recuperación; 46.7% de los pacientes tuvieron muy buena recuperación, evidenciada al final de la cuarta semana de hospitalización, en 35.0% fué regular y solo en 18.30% fué pobre o muy pobre. De todas maneras el 81.7% de los pacientes tuvieron una recuperación satisfactoria en términos generales.

El uso de psicofármacos, en nuestro estudio, lo hemos sustentado ya en parte en el marco teórico; fueron utilizados en el 80% de los pacientes por necesidades específicas. Queremos, sin embargo, en éste punto hacer referencia a una revisión muy reciente de los trastornos postraumáticos por stress de Eva Ettedgui y Mari Bridges quienes entre otros aportes, hacen una recopilación muy útil sobre el abordaje terapéutico (39). Esta revisión coincide con nuestra opinión del uso de psicofármacos para la fase de impacto.

Las mencionadas autoras citan como de mucha utilidad los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la MAO, el Litio (casos específicos), los betabloqueadores, agonistas alfa adrenérgicos y neurolépticos, puesto que han servido para aliviar los síntomas del stress postraumático parcial o totalmente. Las benzodiazepinas, aunque útiles para el insomnio y las pesadillas, tienen el inconveniente del desarrollo del hábito y dependencia. Nosotros preferimos utilizar antidepresivos tricíclicos sedantes y fenotiazinas sedativas para el alivio de estos síntomas, que vimos en la fase de impacto.

Los antidepresivos tricíclicos, los citados autores los recomiendan para el manejo de la anhedonia, de los síntomas depresivos con signos biológicos, terrores nocturnos y ataques de angustia, recomendando especialmente entre éstos la Aminotriptilina y el Doxepin (40). Esta recomendación coincide con el uso del antidepresivo tricíclico más utilizado en nuestro estudio que fué la amitriptilina.

Los IMACS también son recomendados, especialmente la Fenelzina en el manejo del síndrome de stress postraumático, como útiles para el bloqueo de las pesadillas por acción sobre el REM. Nosotros no utilizamos IMACS por no tener disponibilidad, pero conseguimos efectos similares y mejoría clínica con los antidepresivos tricíclicos por su acción sobre la etapa cuatro del sueño de ondas lentas.

Los antidepresivos, de esta manera, permiten facilitar la psicoterapia por estimulación de la abreación del evento traumático (41). La incorporación del trauma, con su afecto permitiéndole al paciente un mejor control de la angustia.

El propranolol, bloqueador beta-adrenérgico y la clonidina, un activador central agonista alfa 2 adrenérgico, han sido utilizados para bloquear la respuesta hiper-alerta autonómica del desorden del stress postraumático, consiguiendo un descenso de la explosividad, el estado hiper-alerta autonómico, menor pensamiento intrusivo con menos pesadillas y mejoría del sueño. Consideramos que éstos fármacos son especialmente útiles para el control de síntomas en pacientes que van a la subcronicidad y no se hicieron por lo pronto necesarios en el momento de impacto, en nuestro estudio.

La misma revisión enfatiza en la utilidad de las drogas antipsicóticas para aquellos casos de psicosis agudas, en que el sujeto no es capaz de distinguir entre la realidad del stress corriente y la recurrencia del evento traumático, lo cual concide con el uso justificado, en tres casos de nuestro estudio, de haloperidol, que en dosis antipsicóticas bajas permitieron el control de la sintomatología psicótica impulsada por el impacto y las lesiones físicas y psíquicas concomitantes. Se puntualiza que dosis bajas de neurolépticos, también pueden disminuir los episodios de recuerdos en pacientes severamente agitados lo que concuerda con nuestro uso de fenotiazinas sedativas.

Por otro lado el papel de las fenotiazinas, especialmente la Clorpromazina, disminuyen el concomitante emocional del dolor al disminuir la sensación displacentera en quemaduras, o en el dolor músculoesquelético, cuando se asocian a analgésicos comunes (es reconocido). Por ejemplo 25 Mg. de Clorpromazina junto con 300 Mg. de aspirina hacen las veces de 1 amp. de Demerol o de morfina. Utilizando entre 30 y 75 mg. por día de estas sustancias (clorpromazina) oral o parenteral, se reduce la necesidad de analgésicos y narcóticos a la mitad o un cuarto (42). La levomepromizina también es analgésica y potencia los efectos de los analgésicos comunes. El Haloperidol en dosis de 5 a 25 mg. cumple igual fin. Nosotros utilizamos estas sustancias por el mismo principio, ya que nuestros pacientes tenían en su mayoría grandes escoriaciones, quemaduras y dolor músculoesquelético entre otros.

Se han recomendado los métodos que intentan traer a la conciencia el material reprimido para mejorar la integración del trauma en la ego-estructura mediante la abreacción, como especialmente efectivos si son usados en el comienzo de la neurosis traumática (43). Nosotros hemos venido señalando, como en efecto lo hicimos en nuestro trabajo, el manejo y la estimulación temprana de la catarsis antes de que el evento traumático se recrudezca en el inconciente, concepto que encontramos muy bien sustentado en el criterio anterior. La farmacoterapia facilita la reconstrucción de la memoria dolorosa permitiendo el avance del proceso terapéutico.

Asimismo en nuestra investigación encontramos que los psicofármacos y especialmente los antidepresivos tricíclicos, que utilizamos, sirvieron para mejorar rápidamente el desorden cognoscitivo concomitante secuencial de la fase de impacto. Observamos mejoría de la perplejidad, de la anhedonia y del estupor en tres o cuatro días después de haber empezado la utilización de los antidepresivos tricíclicos; de ésta manera, nos permitimos recomendar el uso de tricíclicos en el desorden de stress postraumático fase aguda o de impacto ya que ésta sustancia son capaces de concentrar neurotransmisores mejorando el desorden bioquímico cerebral de ésta fase de impacto.

No estamos hablando del efecto antidepresivo de los tricíclicos cuya respuesta se consigue en un mínimo de 10 días promedio, a veces antes o después, y éste fenómeno clínico-terapéutico como tal en la depresión lo encontramos evidenciándose la mejoría del trastorno afectivo, después del período de latencia del mecanismos de acción. Estamos enfatizando en un efecto temprano y más precoz de los tricíclicos sobre el desorden cognoscitivo, bioquímico cerebral, independiente del mecanismo de acción antidepresivo. Pero aún así queremos recordar que en una reciente revisión de antidepresivos de la segunda generación (43), actualmente se está cuestionando que los efectos agudos del tipo inhibición en la recaptación de nor-epinefrina o de serotonina no significa necesariamente o representan el mecanismo de acción de los antidepresivos, que que la inhibición de la recaptación ocurre en las primeras horas, posteriores a la primera administración, mientras que los efectos terapéuticos sobre la depresión se observan después de 10 días. Debido a lo anterior, las nuevas investigaciones se dirigen a profundizar sobre los efectos subcrónicos de los antidepresivos como sería el concepto del "Receptor de baja regulación", comprometido en la respuesta de 10 días o más de los tricíclicos para la depresión.

De ésta manera encontramos que los efectos agudos para concentrar neurotransmisores en pocas horas por parte de los antidepresivos tricíclicos pueden estar en relación con la mejoría temprana del desorden cognoscitivo de la fase de impacto, cuyos receptores tienen que ver con una respuesta mas tardía para la depresión.

Queremos recordar también que el concepto de "stressor" es definido como uno de los componentes claves del desorden postraumático por stress que iniciándose en el área cognoscitiva se desplaza hacia la parte afectiva y emocional con una respuesta fisiológica al miedo cuya multiplicidad de expresiones es mediada por una mayor integración de los centros del sistema nervioso central gobernando la construcción multidimensional de la respuesta al stress. Las áreas biológicas y psicofisiológicas de éste particular síndrome, necesitan ser tomadas más en serio para proveer medios más efectivos de tratamiento (41). Nuestro estudio y su aplicación ha enfatizado en el análisis de éstos factores biológicos, por ejemplo el análisis de las frases más frecuentes de la fase de impacto señalaron como lo más relevante el desorden cognoscitivo, cuyo recuento de factores fisiopatológicos implicados se encuentran reseñados en el dibujo No. 1 del original.

Para finalizar consideramos que esta terapia combinada nos resultó muy útil y la recomendación última es que a un damnificado herido o nó, aún mas importante en heridos por las implicaciones físicas de la índole expuesta en nuestro estudio, debe hacerse una intervención temprana psicoprofiláctica antes que sobrevenga mayor grado de negación o que los fenómenos se hagan mas ocultos en el inconsciente con un posterior período de secuelas mas duradero y más severo como se ha venido sustentando.

El hecho de que hubieramos tenido un índice satisfactorio de recuperación del 31.7%, a pesar de tratarse de pacientes que en proporción importante tenían una vida previa temprana traumática, nos demuestra que los conceptos de Bellak, Small, Lindemann, Canlan, Ettedgui y Bridges sobre intervención temprana en pacientes en crisis de éste tipo, fueron valiosos en nuestra experiencia y su aplicación. Tal como dicen algunos de éstos autores conseguimos mejorar la situación psicodinámica individual lo suficientemente como para permitir a la persona que continuara funcionando; permitiendo a la naturaleza llevar adelante los procesos de curación o reparación.

Nos ha llamado mucho la atención que casos similares manejados en otras instituciones diferentes al hospital de la Samaritana, sin éste tipo de intervención, continuaban varias semanas después de la tragedia manejando un afecto muy plano y un estado emocional deplorable que nos hace pensar que aún no habían logrado salir de la fase de impacto y que su síndrome de hecho va a ser mas severo y duradero.

### RESUMEN :

El presente trabajo, reúne la casuística de los pacientes médico quirúrgicos traídos de Armero al Hospital de la Samaritana como consecuencia de la famosa tragedia del Volcán del Ruiz ocurrida el 13 de noviembre de 1.985. El estudio se centra en el análisis clínico y dinámico de 64 pacientes que fueron atendidos en crisis y durante su hospitalización. Se estudian exhaustivamente todos los aspectos clínicos, dinámicos y fisiopatológicos de la fase de impacto, las lesiones físicas y su vivencia. Se emprende el análisis psicodinámico longitudinal en cada uno de éstos pacientes y su repercusión en la enfermedad actual.

Se utiliza un modelo de manejo médico psicoterapéutico y psicofarmacológico, cien por ciento en lo primero y 80% en lo segundo, tratamientos de carácter mixto, cuyos resultados son significativamente satisfactorios consiguiéndose una mejoría muy notoria en el 82% de los pacientes. Se analizan los mecanismos de defensa más utilizados en las fases de amenaza, impacto y recuperación temprana y su clínica concomitante. Se estudian las lesiones físicas y las vivencias asociadas que son objeto de abordaje terapéutico.

Se involucra en el análisis todos los aspectos de manejo médico y quirúrgico inseparables en el campo psicosomático.

En lo neurofisiológico se estudian todos los factores implicados en el desorden cognoscitivo de la fase de impacto y se propone un modelo psicofarmacológico para la rápida corrección de este síndrome. Se analiza la depresión y se propone un modelo de estimulación temprana de catarsis antes de que el fenómeno se vuelva más sólido en el inconsciente.

El mecanismo de defensa fundamental fué la negación que dejó paso luego a la somatización ligada a las heridas y otros importantes mecanismos. Asimismo, los sentimientos de culpa tuvieron un significado muy importante. La actividad onírica manejada precozmente produjo resultados positivos lo cual se manifestó en un efecto reparador temprano.

En el marco teórico se revisan los antecedentes históricos de la actividad del Volcán del Ruiz después del descubrimiento de América y se demuestra como el fenómeno es cíclico. Igualmente se revisan los conceptos de neurosis traumática y se actualizan al tenor de las nuevas clasificaciones hasta llegar al concepto de desorden de stress postraumático. Se revisan los nuevos conceptos sobre el tratamiento del desorden de stress postraumático.

Este diagnóstico se valida en el cien por ciento de los casos, especialmente de forma depresiva y unos pocos casos de reacción psicótica. Se tienen en cuenta todos los aspectos epidemiológicos del grupo estudiado, analizando las repercusiones socioeconómicas y la desintegración conseguida por la acción deletérea de la tragedia sobre la identidad cultural y económica de la población afectada, proponiéndose la intervención urgente para resurgir condiciones inaplazables de este carácter, y el reencuentro de esa identidad perdida.

**BIBLIOGRAFIA:**

38. MASSON Y GRANACHER, "Clinical Handbook of Antipsychotic Drug Therapy", "Pain", Brunner Mazel, Publishers, New York, 1.983, p. 163.
39. ETTEDGUE E. and BRIDGES M. "Posttraumatic Stress Disorder", Symposium on Anxiety Disorders. Psychiatric Clinics of North America. Vol. 8, No. 1 March 1.985 pag. 89-99.
40. Op cit (39)
41. HOGBEN G.L. and CORNFIELD R.B. "Treatment of traumatic war Neurosis with Phenelzine". Arch gen. Psychiatry 38: 440-445, 1.981. Op cit (39).
42. Op cit (38)
43. RUDORFER M., GOLDEN R. and PITTER W. "Second-Generation Antidepressants" Symposium on Clinical Psychopharmacology 1. Psychiatric Clinics of North America. Vol. 7, No. 3 September 1.984 pag, 520-534.
44. Op cit (39)