

# PROBLEMAS EN TORNO A LA CATEGORÍA NOSOGRÁFICA DEL TEPT Y SU APLICACIÓN PARA EL ANÁLISIS EN LA ENCUESTA DE SALUD MENTAL DE LA OMS EN IRAK<sup>1</sup>

Maximiliano Jozami<sup>2</sup>

## Resumen

El presente trabajo analiza algunos resultados de la Encuesta de Salud Mental en Irak (ESMI) realizada por la OMS en el período 2006-2007, donde se observó una incidencia de Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) menor a la esperada.

Se realiza una revisión de las principales críticas a la definición del TEPT y a sus aplicaciones en situaciones de catástrofe. Se discuten las implicancias de estas críticas para el análisis de la aplicación del concepto de TEPT en Irak, concluyendo que se trata de un concepto nosográfico inadecuado para su uso en la situación social actual de Irak.

La discusión final aborda los peligros de la medicalización del sufrimiento del pueblo iraquí y propone un enfoque que apunte, en primer lugar, a un cambio en la situación sociopolítica actual.

**Palabras clave:** Encuesta de Salud Mental en Irak, OMS, Trastorno de Estrés Post-Traumático

## Abstract

This paper analyzes some results from the Iraq Mental Health Survey carried on by the WHO during the 2006-2007 period, where a less-than-expected incidence of the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) was observed.

A review is carried on of the main criticisms to the definition of PTSD and its application in catastrophe situations. The implications of these criticisms in the analysis of the application of the TEPT concept in Iraq are discussed, arriving to the conclusion that it is inadequate as nosographic concept for its use in Iraq's current social situation.

The final discussion deals with the dangers of medicalizing the Iraqi people's suffering and suggests an approach tending, in the first place, to a change in the current sociopolitical situation.

**Key words:** Iraq Mental Health Survey, WHO, Post-Traumatic Stress Disorder

---

<sup>1</sup> Trabajo enviado el 01/07/10 y aceptado el 22/10/10

<sup>2</sup> Miembro del Programa de Estudios sobre Medio Oriente, Centro de Estudios Avanzados - Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Correo electrónico: [maximilianojozami@gmail.com](mailto:maximilianojozami@gmail.com)

## La Encuesta de Salud Mental de la OMS en Irak (2006/7)

La Encuesta de Salud Mental en Irak (ESMI) fue llevada a cabo a nivel nacional durante 2006 y 2007 de manera conjunta entre las autoridades nacionales de Irak, las autoridades regionales del Kurdistán y la OMS, en el marco de la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS. Se trata de la tercera encuesta del tipo realizada en un país de la región; las anteriores fueron en Líbano e Israel (aunque oficialmente se incluyó a Israel en las estadísticas del continente europeo).

Los objetivos de la encuesta fueron, además de proporcionar un panorama general de la prevalencia de trastornos mentales en la población iraquí, evaluar la tasa de tratamiento por parte de la población afectada y “proporcionar a los responsables políticos y de la toma de decisiones, datos relevantes, precisos y confiables para el desarrollo de planes y estrategias de salud mental” (World Health Organization [WHO], 2009).

La discusión de las conclusiones de la ESMI resalta que, al contrario de lo esperado, “el trastorno de estrés post-traumático, considerado durante mucho tiempo el principal trastorno que resulta de la exposición al trauma, ha dejado de ser la figura central en la expresión psicopatológica” (WHO, 2009). Sin embargo, a pesar de darse una cantidad de casos de Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) baja en relación a lo esperado, se ha detectado un altísimo nivel de estrés junto a diversos síntomas de profundo sufrimiento psíquico, pero cuya combinación no llega a constituir síndromes previstos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). A partir de esta situación, el informe de la encuesta recomienda considerar con atención un enfoque basado en síntomas, en lugar de síndromes, con el fin de lograr una comprensión “más abarcativa, no limitada a la nosografía occidental clásica, sino también basada en las diversas situaciones clínicas observadas en el campo” (WHO, 2009).

### El concepto de TEPT. Criterios diagnósticos. Críticas.

McNally (2004) sintetiza los criterios principales para la definición del TEPT, siguiendo lo delineado en el DSM-IV:

(...) es un síndrome que incluye tres grupos de signos y síntomas: (1) reexperimentar persistentemente el trauma (Criterio B: por ejemplo, evocaciones intrusivas del evento, pesadillas); (2) evitación de actividades y estímulos asociados con el trauma y desensibilización emocional (Criterio C: por ejemplo, dificultades para experimentar emociones positivas); y (3) incremento del nivel de alerta (arousal) (Criterio D: por ejemplo, irritabilidad, reflejo de alarma exagerado). El trastorno sólo puede diagnosticarse si una persona se ha visto expuesta a un evento que califique como estresor ‘traumático’ (Criterio A). Los síntomas deben persistir por al menos un mes (Criterio E) y deben ocasionar distrés o impedimento (Criterio F).

Este mismo autor, miembro del Comité sobre TEPT para el DSM-IV y crítico de esta entidad nosográfica en su forma actual, menciona una amplia bibliografía que polemiza sobre la utilidad, pertinencia y aplicabilidad del concepto de TEPT (McNally,

2004). Entre diversos cuestionamientos a la definición misma del TEPT, se ha considerado a este trastorno como una categoría propia de “un sistema de valores y una ontología occidental”, para cuya aplicación en sociedades no occidentales debería tenerse mucha cautela (Bracken et al, 1995). Kleinman y Kleinman le atribuyen una invalidación del “significado político y moral del sufrimiento” (según se cita en Sack et al, 1997), y se ha criticado su insuficiencia como concepto diagnóstico ante situaciones traumáticas complejas como, por ejemplo, la tortura. Se ha cuestionado reiteradamente la utilización de una categoría única para las consecuencias de los más variados eventos con potencial traumático, e inclusive se ha planteado si en realidad no debería clasificarse como trastorno la ausencia de síntomas visibles tras la vivencia de experiencias traumáticas extremas.

También se ha hecho hincapié en la ausencia de consideraciones culturales y en las deficiencias de los planteos temporales vinculados al prefijo “post” en “post-traumático”, en tanto implica la concepción del trauma como un evento único y discreto en el tiempo, quedando así el concepto imposibilitado de dar cuenta de experiencias traumáticas muy frecuentes, en las que más que un único evento traumático, existe un contexto o situación traumática sostenida en el tiempo (Lindorfer, 2007).

Como señala Summerfield, “un supuesto central que subyace a los diagnósticos psiquiátricos es que un trastorno tiene una existencia objetiva en el mundo, sea que haya sido descubierto o no, y existe independientemente de la mirada de los psiquiatras u otra persona” (Summerfield, 2001). Sin embargo, la categoría del TEPT, al igual que muchas otras categorías nosográficas (si no todas), es el producto de una situación histórica particular, y ha sido engendrada en una sociedad determinada, bajo un contexto político específico; en este caso, el de los Estados Unidos en la década de 1970:

Quienes primero propusieron el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático eran integrantes del movimiento antibélico en los Estados Unidos; estaban enojados ante el hecho de que la psiquiatría militar se utilizaba para servir los intereses del ejército en vez del de los soldados-pacientes. Los proponentes del TEPT hicieron fuertes presiones para que los veteranos recibieran atención médica bajo el nuevo diagnóstico, que se convirtió en el sucesor de los antiguos diagnósticos de fatiga de batalla y neurosis de guerra. El nuevo diagnóstico buscaba cambiar el foco de atención desde los detalles de los antecedentes y el psiquismo de un soldado hacia la naturaleza fundamentalmente traumatogénica de la guerra (Summerfield, 2001).

A diferencia de la mayoría de las categorías del DSM-IV y el CIE-10, la definición de TEPT incluye factores etiológicos indispensables para su diagnóstico (Mezey & Robbins, 2001). De esta forma, el elemento determinante para que un individuo sufra TEPT estaría dado por las características del evento traumático en sí, y no tanto por el significado que pueda atribuírsele a este evento traumático.

Sin embargo, las experiencias de sufrimiento de las personas no son indiferentes al contexto social en el que se producen y se interpretan. McNally (2004) se refiere a esta contradicción como “la paradoja central del TEPT”. Según este autor, “la causa inmediata del TEPT puede ser la forma en la que la persona interpreta el significado del

estresor. Y esta forma de interpretar el evento, puede, a su vez, estar influenciada por factores históricos y culturales”. Esto es particularmente válido en el caso de la guerra, que “no es una experiencia privada, y el sufrimiento que engendra se resuelve en un contexto social” (Summerfield, 2000).

Además, se ha criticado la intervención terapéutica derivada del concepto de TEPT, y su carácter inapropiado para afrontar la mayoría de los contextos actuales de catástrofe (Summerfield, 2001).

### Implicancias de estos criterios y críticas para el análisis de la aplicación del concepto de TEPT en Irak

Estas observaciones revisten particular importancia para el análisis de la aplicación del concepto del TEPT en Irak, e incluso de aquello que es vivido como un 'trauma'. ¿Puede una categoría diagnóstica creada en torno a los problemas enfrentados por veteranos de un ejército occidental aplicarse a un estudio epidemiológico que abarca una sociedad con tradiciones, historia, religión e idiosincrasia totalmente diferentes? ¿Pueden parangonarse las experiencias de sufrimiento de miembros de un ejército invasor a las de personas que sufren la invasión y desintegración social de su país? El análisis que desplegamos a continuación intenta respaldar una respuesta negativa a estos interrogantes.

Para la realización de la ESMI, a excepción de la ineludible traducción al árabe de Irak y al kurdo, no se llevó a cabo ningún tipo de revisión o adaptación nosográfica que pudiera tener en cuenta las particularidades de la sociedad iraquí, su muy amplia diversidad cultural, étnica y religiosa, el significado social del sufrimiento, sus peculiaridades y sus tradiciones a la hora de enfrentar los problemas que en la sociedad norteamericana suelen enfrentarse a través del sistema de salud mental.

Detrás de este hecho, es posible rastrear una concepción subyacente de los trastornos mentales como ‘tipos naturales’ (McNally, 2004) o entidades con existencia ‘objetiva’, si usamos la expresión ya citada de Summerfield. Así, creemos que cuando en las conclusiones de la ESMI se constata “la baja prevalencia de trastornos de salud mental a pesar de la exposición masiva a eventos traumáticos” y se la interpreta como “buen ajuste psicológico a pesar de los síntomas observados” (WHO, 2009), sencillamente se está haciendo abstracción de la realidad de las experiencias de sufrimiento de los sujetos de la encuesta en pos de corroborar la mera presencia o ausencia de determinados síndromes.

Para una mejor comprensión de los problemas involucrados, consideramos procedente evaluar por separado las posibles implicancias sobre la ESMI de cada uno de los criterios clínicos que definen al TEPT.

#### *Criterio A: evento ‘estresor traumático’*

Este primer criterio establece el ya mencionado vínculo etiológico, ausente en otras entidades nosográficas del DSM-IV. Asimismo, a partir de las consideraciones en torno a este criterio, es ‘esperable’ que Irak presente una alta prevalencia de casos de TEPT, ya que es esperable que la gran mayoría de la población se haya visto afectada por eventos estresores traumáticos.

Sin embargo, la definición de ‘evento estresor traumático’ genera grandes problemas, pues las características ‘traumáticas’ no existen *per se*, sino en determinado marco

cultural, social e histórico. En el caso de la ESMI, la lista de ‘eventos estresores traumáticos’ es exactamente la misma que la utilizada en otros países del mundo; es decir, no rinde cuenta de las especificidades culturales.

A modo de ejemplo: la lista de experiencias traumáticas utilizada en la encuesta incluye “presenciar el acto de dar muerte a una persona” (“witness to killing”). Pero se trata de una apreciación unilateral: en Irak, las ejecuciones públicas han sido parte integral del régimen político desde el surgimiento mismo del estado y continuaron siéndolo después de la caída de Saddam Hussein (August, 2009). Es decir que, independientemente de los planteos morales que puedan hacerse en torno a la pena de muerte, mucha gente vive las ejecuciones como un espectáculo o al menos, como un acto público de justicia y no como un trauma. En la misma línea de razonamiento, cabe preguntarse si un joven iraquí contrario a la ocupación de su país vivenciaría como un trauma ser testigo presencial de la muerte de un soldado norteamericano a manos de miembros de la insurgencia.

Por otro lado, el criterio mediante el cual el DSM-IV define a un evento estresor traumático es extremadamente laxo: no se incluyen sólo los casos en los que la persona cuyo diagnóstico se pretende alcanzar haya sufrido como víctima o testigo un ‘acontecimiento estresante’, sino que también cumplen el criterio casos en los cuales el individuo se enteró por medio de un familiar o persona cercana de “acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves” (APA, 2000).

De este modo, la gran mayoría de la población de cualquier ciudad del mundo ha vivenciado al menos un evento estresor traumático: si un hombre llega a su hogar y le cuenta a su esposa que estuvo cerca de sufrir un accidente en automóvil, esta mujer cumple ya con el criterio A, a condición de que su respuesta a este acontecimiento incluya “temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado)” (APA, 2000).

#### *Criterio B: reexperimentar persistentemente el trauma*

Volver a experimentar el trauma de manera reiterada es uno de los síntomas centrales del TEPT. Si bien el trauma puede reexperimentarse en pesadillas o, en el caso de niños, mediante juegos que simbolizen el suceso traumático, la forma de reexperimentación más característica y que reviste mayor importancia para el diagnóstico diferencial es la del *flashback*, en tanto es un síntoma que no se encuentra presente en ningún otro síndrome descrito en el DSM-IV.

El término fue incluido en 1987 en el DSM-III-R, en uno de los criterios diagnósticos del TEPT, y refiere a “imágenes vívidas e involuntarias que tienen lugar durante el estado de vigilia” (Frankel, 1994).

Si bien ha habido intentos de explicar los flashbacks como una entidad natural a partir de determinados factores neurobiológicos, un impactante estudio (Jones et al, 2003) sugiere una clara determinación cultural. Se analizaron historias clínicas y material de archivo de veteranos de guerra del siglo XIX y XX, y se reportó que sólo hubo casos de flashbacks a partir de la Primera Guerra Mundial. La cantidad de flashbacks reportados sube significativamente entre los veteranos de la Segunda Guerra Mundial y pega un salto entre los veteranos de la Primera Guerra del Golfo.

En la discusión de las conclusiones, los autores del estudio plantean que existe una correlación entre el desarrollo de la industria cinematográfica y la aparición de flashbacks, a la vez que el gran crecimiento de flashbacks informado entre los veteranos de la Primera Guerra del Golfo se correlaciona con el gran desarrollo e influencia social de la televisión.

Estos elementos son de gran interés para el análisis de la aplicación de la categoría de TEPT en Irak, desde un punto de vista que tenga en cuenta los factores sociales, culturales e históricos. Por ejemplo, si bien Irak tuvo una época de auge en la producción de películas hacia mediados del siglo XX, la industria cinematográfica fue prácticamente desmantelada a partir del inicio de la guerra con Irán en 1980, y no ha sido vuelta a poner en pie. De este modo, la población iraquí ha transcurrido las tres últimas décadas prácticamente sin tener una industria cinematográfica (McCarthy, 2002). A la vez, la primera transmisión de un canal televisivo iraquí tuvo lugar en 1979, es decir, casi cuarenta años después de los Estados Unidos (*Iraqi TV*, StateMaster Enciclopedia).

Es indiscutible entonces que la cultura audiovisual, si bien ha comenzado a desarrollarse, no tiene aún las raíces sociales que ya ha echado en países como los Estados Unidos. Por lo tanto, si se evalúa la hipótesis de la influencia del cine y la televisión sobre los flashbacks, estas diferencias culturales podrían tener cierto valor explicativo a la hora de comprender por qué la ESMI detectó menos casos de TEPT que los esperados a partir de la comparación con otros países.

*Criterio C: evitación de actividades y estímulos asociados con el trauma, desensibilización emocional*

En relación con las particularidades que puedan presentarse en torno a este criterio, cabe evaluar si una persona con una ocupación corriente en Irak tiene la posibilidad de evitar actividades y estímulos asociados con los estímulos y actividades que se considerarían más propicios a ocasionar TEPT.

En el caso de la ESMI, la lista de ‘eventos traumáticos’ evaluados incluye mayoritariamente episodios de violencia vinculados a una situación de guerra o enfrentamientos militares. El período en el que se llevó a cabo la encuesta (2006-2007) coincide exactamente con el período de mayor violencia y cantidad de muertos civiles desde la caída de Saddam Hussein, en 2003 (Iraq Body Count, 2010), por lo que es casi impensable que un potencial caso de TEPT haya podido evitar actividades y estímulos asociados con el trauma. Esto remite nuevamente a los problemas señalados por Lindorfer, para quien el TEPT resulta inapropiado para dar cuenta de procesos potencialmente traumáticos que se prolongan en el tiempo y no son sólo eventos que tengan lugar en una única ocasión (Lindorfer, 2007).

*Criterio D: incremento del nivel de alerta (arousal)*

Quizá éste sea uno de los criterios que más se vinculan a la idea del TEPT como un ‘tipo natural’, a partir del cual algunos investigadores se encuentran incluso trabajando en pos de encontrar “un sencillo análisis de sangre o un biomarcador que pudiera detectar el TEPT en sus fases más tempranas y potencialmente más tratables” (Zhang et al, 2009).

Es imprescindible recordar que toda respuesta fisiológica del ser humano o cualquier otro animal debe evaluarse en su contexto. En el hipotético caso de dos respuestas fisiológicamente idénticas, una podría pertenecer a un individuo 'normal' y la otra a una persona claramente enferma. Si un ciudadano iraquí que residía en Basora durante el período de la encuesta mantenía un alto nivel de alerta (arousal), y estaba presto a refugiarse en un lugar que él considerase seguro ante el menor estímulo que pudiera parecer peligroso, difícilmente un profesional de la salud habría considerado esta conducta como patológica. Si, por el contrario, se observa la misma conducta en un contexto diferente (supongamos, un residente del barrio de Recoleta, en la ciudad de Buenos Aires), el diagnóstico profesional cambiará.

Inclusive, en términos adaptativos debería considerarse patológica la ausencia de un incremento en el nivel de alerta (arousal) en contextos similares, puesto que atentan contra la conservación de la vida del individuo.

Las observaciones en este punto pueden parecer pueriles, pero son necesarias para dar cuenta de una clara falla en este criterio a la hora de su aplicación en la realidad que la ESMI proponía analizar. También aquí podría encontrarse un factor que contribuya a explicar la diferencia entre los niveles de TEPT detectados y los niveles esperados previamente.

#### *Criterio E: síntomas por al menos un mes*

Nuevamente encontramos en este criterio un problema de aplicación relacionado con el contexto y con sus definiciones temporales. Este criterio puede llegar a ser útil como un indicador ante casos en los cuales el 'evento traumático' real pueda calificarse sin ambigüedades como un suceso del pasado, pero se revela poco útil para un contexto en el cual los eventos traumáticos se reiteran, o inclusive no existen como 'eventos' discretos sino como un proceso vivencial continuo.

#### *Criterio F: fuente de distrés o impedimento*

El criterio de impedimento es bastante claro; refiere a una respuesta conductual desadaptada en relación al contexto y es quizá un requisito imprescindible para considerar a cualquier conjunto de síntomas como un trastorno.

Es más controvertido el requisito de que la reacción provoque distrés, en tanto en muchas ocasiones, particularmente en contextos como el de la ESMI, las respuestas que deberían considerarse 'normales' traen aparejado un alto nivel de distrés (puede reiterarse el ejemplo de la persona que corre a buscar protección varias veces al día, en tanto difícilmente esta situación deje de ocasionarle distrés).

### **Las conclusiones de la ESMI**

El análisis de la aplicación de los criterios mediante los cuales se define al TEPT en el contexto de la ESMI denota claros problemas vinculados a las diferencias sociales, culturales e históricas entre el contexto en el cual se desarrolló la categoría nosográfica del TEPT y la realidad iraquí entre 2006-2007.

De algún modo, estos problemas se expresan en las someras conclusiones de la propia ESMI: ante la inesperada baja prevalencia del TEPT y otros trastornos, se realizan dos

planteos centrales. Por un lado, se propone como hipótesis plausible que “la baja prevalencia de trastornos mentales podría también comprenderse como una adaptación psicológica muy costosa por parte de la población (resiliencia)”. Por el otro, se propone “promover un enfoque clínico de los trastornos basados en síntomas en lugar de síndromes” (WHO, 2009).

### *Resiliencia y contexto*

De los dos planteos centrales señalados en las conclusiones de la ESMI, consideramos que éste contiene un enfoque más factible de contribuir en algún modo a una comprensión menos esquemática de un contexto social completamente distinto al de los evaluadores.

En palabras de Eyber: “Poner el énfasis en la resiliencia no significa que la gente resiliente no experimente síntomas de estrés. Sí implica, sin embargo, tomar como un punto de partida las capacidades y habilidades de la gente para tratar con sus experiencias y hace necesario, como mínimo, proporcionar la asistencia que ellos mismos necesitan y desean” (según se cita en Burgoyne y Hull, 2007).

En este sentido, la ESMI señala que “deberían investigarse los factores familiares, religiosos y culturales para comprender mejor esta capacidad de la población de desarrollar una capacidad de resiliencia tan alta”. Además, se aclara que “esto no debería minimizar el sufrimiento provocado por la violencia organizada (...) y, además, incluso si la resiliencia parece ser general, ¿qué precio paga cada individuo por su resiliencia?” (WHO, 2009).

En estos señalamientos es posible vislumbrar una orientación en la cual el sufrimiento humano no es visto desde un punto de vista exclusivamente médico, sino que es comprendido como una experiencia más amplia, con sus aspectos sociales y colectivos. Sin embargo, no es casual que se recomiende investigar factores familiares, religiosos y culturales, pero se omite escrupulosamente la mención al contexto político. Incluso con sus elementos más alentadores, el enfoque de la ESMI sigue concibiendo al sujeto que sufre como fundamentalmente pasivo, sometido a la acción de un agente dañino o patológico; es decir, el modelo médico clásico. La violencia organizada aparece como una entidad completamente extraña a la sociedad iraquí y sus individuos; se la percibe sólo como fuente de sufrimiento. No negaremos este aspecto de la violencia organizada, pero también cabría investigar el papel que podrían estar jugando las organizaciones insurgentes en la resiliencia del pueblo iraquí. Summerfield cita distintos ejemplos en los cuales la adhesión política conciente a alguno de los bandos en pugna en una guerra incide notoriamente en la elaboración psíquica de experiencias usualmente consideradas traumáticas (Summerfield, 2000); Fanon, en su trabajo clásico inspirado en la guerra de Argelia, señala las grandes diferencias entre militantes y no militantes a la hora de lidiar con las consecuencias psíquicas de la tortura (Fanon, 1965, pp. 125-158).

### *Síntomas, no síndromes*

La propuesta de promover un enfoque clínico basado en síntomas en lugar de síndromes, resulta polémica y, opinamos, adhiere a una concepción que lleva a la medicalización de problemas que no pertenecen al ámbito médico.



Esta propuesta debe sopesarse a la luz de la influencia de la organización que promovió el estudio (OMS) y de los gobiernos que lo implementaron (Irak y Kurdistán) y apoyaron financieramente (Unión Europea y Japón), máxime si recordamos que uno de los objetivos de la ESMI es “proporcionar a los responsables políticos y de la toma de decisiones, datos relevantes, precisos y confiables para el desarrollo de planes y estrategias de salud mental” (WHO, 2009).

Consideramos que un enfoque clínico basado en síntomas sería funcional a una simplificación de la compleja problemática que determina la salud de los iraquíes. La pretensión de reducir la experiencia de sufrimiento de un pueblo a expresiones sintomáticas, renunciando incluso a establecer relaciones entre ellas es incompatible con las recomendaciones de la propia ESMI, mencionadas en el apartado previo, tendientes a la búsqueda de una explicación más integral de las problemática vinculadas a la salud mental en Irak.

En la discusión de la prevalencia de los trastornos mentales en la ESMI, se señala la presencia de un conjunto predominante de síntomas: síntomas físicos que son la manifestación de un incremento del nivel de alerta (arousal) del sistema nervioso autónomo. Si se adoptara el enfoque clínico basado en síntomas y no en síndromes, un comité de la OMS podría recomendar al gobierno iraquí que desarrolle políticas de salud tendientes a la prescripción de drogas que disminuyan el nivel de alerta (arousal). De hecho, “lograr la disponibilidad de drogas psicotrópicas” es una de las recomendaciones del Informe sobre Salud Mundial de la OMS, citada en las “Visiones para el futuro” de la ESMI.

Pero hemos visto en el análisis de los criterios diagnósticos del TEPT (criterio D), que este nivel incrementado de alerta (arousal) puede estar cumpliendo, en muchos casos, un papel adaptativo, por lo que dictar una política de medicalización de estos síntomas a través de la prescripción de psicofármacos implicaría no sólo un gasto innecesario, sino un empeoramiento de las condiciones de salud de la población, si aceptamos la definición de salud como “adaptación activa a la realidad” (Pichon-Rivière, 1985).

## Conclusiones

Creemos haber trazado un vínculo que liga la discrepancia entre las expectativas previas a la implementación de la ESMI y los resultados con baja prevalencia de TEPT con lo que Laurell llama “determinantes sociales” del “proceso salud-enfermedad” (Laurell, 1982). Evidentemente, el concepto de TEPT, engendrado en la sociedad norteamericana de fines de la década de 1970, presenta falencias muy profundas a la hora de ser aplicado como entidad diagnóstica en la sociedad iraquí actual, por lo que su utilidad en tal situación está cuestionada.

Lamentablemente, las conclusiones de la ESMI tienden a profundizar un enfoque de medicalización de la sociedad iraquí, en detrimento de otras posibilidades. Es ridículo buscar la solución al TEPT (o, ya que no se lo detectó en la medida esperada, a algunos de sus síntomas) medicalizando a la sociedad iraquí, cuando es evidente que el problema reside en los ‘eventos traumáticos’ ocasionados por la guerra.

Parece entonces muy pertinente concluir con una reflexión de Summerfield:

“La salud y la enfermedad tienen raíces políticas y sociales: las reacciones post-traumáticas no son sólo un problema privado, con la carga de la

recuperación puesta sobre el individuo, sino una denuncia contra las fuerzas sociopolíticas que las produjeron” (Summerfield, 2000).

### Referencias Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington DC: American Psychiatric Association.

August, O. (2009, 2 Nov). Boy's killer to be first public execution since Saddam Hussein's rule. *The Sunday Times*. Obtenido desde <http://www.timesonline.co.uk/tol/news/world/iraq/article6898778.ece>

Bracken PJ, Giller JE, & Summerfield D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Soc Sci Med*. April; 40(80):1073-82.

Burgoyne U, & Hull O. (2007). Classroom management strategies to address the needs of Sudanese refugee learners: Support document – Methodology and literature review. Publicación del National Centre for Vocational Education Research (NCVER), agencia del Gobierno de Australia. Obtenido desde [www.ncver.edu.au/research/proj/nr5l06s2.pdf](http://www.ncver.edu.au/research/proj/nr5l06s2.pdf)

Fanon F. (1965). *Los condenados de la tierra*. 2<sup>da</sup> Edición. México: Fondo de Cultura Económica.

Frankel, F. H. (1994). The concept of flashbacks in historical perspective. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42, 321–336.

Iraq Body Count. (2010). [Gráfico de barras que representa la cantidad de muertos civiles desde la invasión norteamericana a Irak hasta la fecha]. Obtenido desde <http://www.iraqbodycount.org/>

Iraqi TV. (s.f.). En StateMaster Enciclopedia. Obtenido desde <http://www.statemaster.com/encyclopedia/Iraqi-TV>

Jones E, Hodgins Vermaas R, McCartney H, Beech C, Palmer I, Hyams K, & Wessely S. (2003). Flashbacks and post-traumatic stress disorder: the genesis of a 20th-century diagnosis. *British Journal of Psychiatry*. 182:158-163.

Laurell, AC. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*. Abril; 2:7-25.

Lindorfer S. (2007). *Sharing the Pain of the Bitter Hearts: Liberation Psychology and Gender-Related Violence in Eastern Africa* (p. 209). Berlin: Lit Verlag.

McCarthy, R. (2002, 2 Dic). No more heroes. *The Guardian*. Obtenido desde <http://www.guardian.co.uk/film/2002/dec/02/artsfeatures.iraq/print>

McNally, R. (2004). Conceptual Problems with the DSM-IV Criteria for Posttraumatic Stress Disorder. En G. M. Rosen (Ed.), *Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies* (pp. 1-14). New York: John Wiley & Sons.

Mezey G, & Robbins I. (2001). Usefulness and validity of post-traumatic stress disorder as a psychiatric category. *BMJ*. September; 323:561-563.

Pichon-Rivière, E. (1985). Una nueva problemática para la psiquiatría. En *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social I*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Sack WH, Seeley JR, & Clarke GN. (1997). Does PTSD Transcend Cultural Barriers? A Study From the Khmer Adolescent Refugee Project. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. January; 36(1):49-54.

Summerfield, D. (2000). Conflict and health. War and mental health: a brief overview. *BMJ*. July; 321:232-235.

Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ*. January; 322:95-98

World Health Organization. (2009). *Iraq Mental Health Survey 2006/7 Report*. Obtenido desde [http://www.emro.who.int/iraq/pdf/imhs\\_report\\_en.pdf](http://www.emro.who.int/iraq/pdf/imhs_report_en.pdf)

Zhang L, Li H, Benedek D, Li X, & Ursano R. (2009). A strategy for the development of biomarker tests for PTSD. *Medical Hypotheses*. September; 73(3):404-409.