

5. Situaciones psicosociales asociadas a la ocurrencia de un desastre

Ante las situaciones de desastre, las personas enfrentan situaciones que desencadenan tensión y estrés, además de los duelos, las cuales deben ser enfrentadas y resueltas adecuadamente, para evitar que se desencadenen cuadros psicopatológicos o se agraven los ya existentes.

5.1. Estrés

La palabra estrés se relaciona con "fuerza", "tensión", "carga". Se refiere al resultado no específico de cualquier tipo de demanda sobre el organismo que acarrea un efecto mental o somático. Para algunos autores, el estrés está dado por el conjunto de reacciones o respuestas biológicas y psicosociales de tipo individual que se desencadenan en el organismo cuando éste se enfrenta a algún estímulo de agente externo o interno, ya sea imaginario o real (pasado, presente o futuro).

Ante una situación estresante se presenta una serie de reacciones que han sido llamadas el Síndrome General de Adaptación (SGA), el cual tiene cuatro fases: alarma, resistencia, agotamiento y rompimiento.

La Reacción de **Alarma** se presenta cuando se experimenta alguna insatisfacción, deseo o necesidad y se debe dar una respuesta frente a esto. Se caracteriza por una rápida activación del sistema nervioso simpático, la cual conlleva a la movilización en términos biológicos y psicosociales de todos los recursos posibles para hacer frente al estímulo que se le plantea (aceleración del ritmo cardíaco y aumento del flujo sanguíneo, activación del sistema respiratorio, tensión muscular, entre otros).

En la Fase de **Resistencia**, la respuesta orgánica se mantiene hiperactivando los sistemas sanguíneo, respiratorio y hormonal, mientras siga estando presente el estímulo causante de la amenaza. Si el estímulo persiste durante un período de tiempo largo, se iniciaría la fase de agotamiento.

La Fase de **Agotamiento** lleva al consumo de las reservas del organismo y con ella al aumento de la vulnerabilidad a la enfermedad (la aparición de las enfermedades de adaptación y desgaste).

Finalmente, se pasa a la Fase de **Rompimiento**. En casos extremadamente graves, esta fase puede desembocar en el colapso y la muerte. El individuo puede sentir que no es capaz, que está perdido y que es difícil su recuperación. Tras un período de agotamiento originado a causa de una tensión excesiva, el organismo sólo puede reestablecer su capacidad de resistencia a nuevos acontecimientos, tras un período más o menos prolongado de descanso.

Fase de Alarma	Fase de Resistencia	Fase de Agotamiento	Fase de Rompimiento
Activación del sistema nervioso autónomo simpático. Estimulación de la médula adrenal. Liberación de cortisol. Liberación de mineralocorticoides. Liberación de hormona del crecimiento. Incremento de la actividad de la tiroides. Incremento de la actividad de la gonadotropina. Ansiedad.	Disminución de la actividad del sistema adrenocortical. Reducción de la actividad del sistema nervioso autónomo simpático. Implicación de mecanismos homeostáticos.	Aumento de estructuras linfáticas. Manifestación de trastornos en órganos. Incremento de la vulnerabilidad a enfermedades. El individuo se siente enfermo.	Incapaz de manejar situaciones psicofisiológicas. Agotamiento psicológico. Depresión. Agotamiento físico, secuelas, enfermedad y muerte.

Tipos de estrés: no todas las situaciones estresantes son negativas; existen diferentes tipos de estrés, algunos de los cuales son necesarios para que la persona logre alcanzar sus metas.

- El estrés positivo se caracteriza por la tensión física y psicológica que facilita enfrentar y resolver los problemas.
- El estrés crónico se presenta de forma continua y prolongada. Para algunos autores el mal manejo de los estados o las dificultades que se derivan de él lleva al disestrés (la parte negativa del estrés).
- El estrés agudo se da por situación crítica y en especial extraordinaria y presenta sensación de embotamiento, desapego, sensación de irrealidad, despersonalización o amnesia disociativa. Dura de 2 días a 4 semanas. Conlleva sentimientos de culpabilidad, desesperanza, desesperación, depresión y puede llevar al trastorno de estrés postraumático.

El estrés agudo está relacionado con la calidad del apoyo social, antecedentes familiares, experiencias infantiles, tipo de personalidad y problemas mentales preexistentes (Cohen 1999).

Existen variables condicionantes al estrés que están relacionadas con la personalidad y situación del sujeto, las características del estímulo estresante y el entorno socio-cultural.

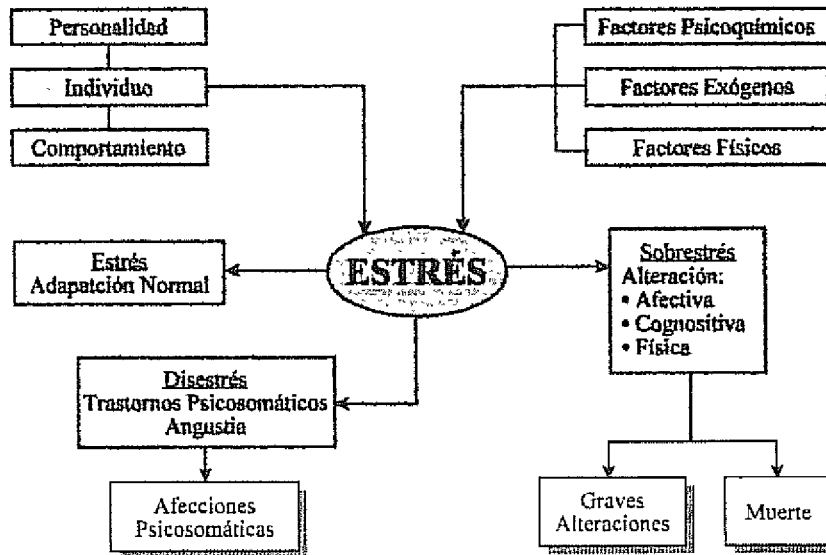
Respuestas ante el estrés: las respuestas ante las situaciones estresantes se presentan a diferentes niveles: cognitivo, emocional, comportamental y fisiológico.

- A nivel cognitivo se presenta confusión en pensamiento, dificultad en la toma de decisiones, problemas para concentrarse, fallas de memoria, trastornos del sueño (pesadillas), desorientación y baja autoestima
- A nivel emocional la persona puede presentar ansiedad, llanto, depresión, irritabilidad, sentimientos de culpa, negación de lo sucedido, sensación de aislamiento, pérdida de control emocional

- A nivel comportamental pueden darse cambios en la personalidad (forma de ser), en el lenguaje, trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios
- A nivel fisiológico puede darse diarrea, vómito, fatiga, temblores, espasmos musculares, trastornos del ritmo cardíaco, trastornos del apetito, baja en las defensas, mareo, cefalea.1, 2, 3, 29, 30

En general cuando el estrés no se controla y el individuo empieza a disfuncionar, situación conocida como disestrés, se presenta la erosión y la crisis.

- La erosión es un proceso gradual de agotamiento general que puede conducir a problemas de disfuncionamiento personal, social, académico, familiar y laboral, y que puede estar acompañado de consumo de sustancias psicoactivas, alcohol o llevar a trastornos psicopatológicos (depresión, ansiedad, etcétera).
- La crisis se presenta cuando la capacidad de respuesta individual se altera y hay un estado temporal de desequilibrio psicosocial.



En los desastres se deben tener en cuenta dos tipos de estresores: primarios y secundarios.

Los estresores psicosociales primarios hacen referencia al desastre mismo y a la situación de pérdida directa generada por éste.

Los estresores psicosociales secundarios se presentan a raíz de los cambios sociales:

- Desplazamiento a otras áreas geográficas
- Desempleo
- Inactividad
- Falta de posibilidades recreacionales
- Promoción de la dependencia en los sobrevivientes
- Disrupción general del tejido social
- Ruptura de las formas tradicionales de soporte social.

5.2. Duelo

Se define proceso de duelo como el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce por la pérdida de una persona o bien querido. La pérdida es un acontecimiento doloroso, que se asume y digiere a través del proceso de duelo que se da en un tiempo y unas circunstancias determinadas y es una de las experiencias más difíciles que tiene que afrontar el ser humano, tanto en el ambiente privado como público.

El duelo se presenta por pérdida de personas, hogar, pertenencias, subsistencia y alteración de la comunidad en que se vive. Es la respuesta emotiva a la pérdida de algo o alguien, implica asumir e interiorizar el dolor.

En las situaciones de desastre, el individuo y la comunidad deben enfrentar pérdidas múltiples y simultáneas (familiares, amigos, conocidos), empleo, hogar, medios de comunicación, transporte, recreación, escuela, iglesia y otros recursos de la comunidad. A nivel

social hay resquebrajamiento del apoyo social y desorden en la comunidad.

El duelo se extiende en el tiempo y tiene las siguientes connotaciones:

- Es colectivo, pues afecta a muchas personas simultáneamente y en escala
- Es múltiple, porque las pérdidas son variadas (humanas, materiales, comunitarias y simbólicas)
- Es aleatorio, dado que no hay lógica en las pérdidas sufridas
- Es público, los medios de comunicación entrevistan víctimas y plasman el dolor en las primeras planas.

La muerte y la pérdida son duras experiencias para los sobrevivientes, quienes necesitan expresar lo que ha ocurrido, curar sus heridas y rehacer su vida.

Fases del proceso de duelo: en toda situación de pérdida se dan las siguientes fases: negación, ira, negociación, depresión, aceptación (*Elizabeth Kubler-Ross*).

El duelo es una experiencia común a todas las personas pero no estándar y acompaña con dolor la pérdida, es más intenso frente a la pérdida de sus seres queridos y personas cercanas en el tiempo y en sentimientos. El duelo propicia en nosotros sentimientos de aturdimiento, entecimiento emocional y sensación de irrealidad (No puede ser!), para luego aparecer sensación de agitación, desarraigo, gran vacío y anhelo de la presencia de la persona fallecida o el bien perdido, aunque es sabido que éste deseo no pertenece a la realidad. Paralelamente hay dificultad para dormir y en el sueño y puede aparecer sensación de rabia y enfado con la circunstancia de la pérdida o contra ella misma. Además, aparecen sentimientos de culpa, piensa que hubiera podido expresar mejor sus sentimientos a la persona que murió o aprovechado mejor el tiempo juntos y haber actuado con ella en forma diferente. Cuando el tiempo corre y pasan por lo menos 2 a 6 meses de haberse presentado la pérdida, puede reagudizarse o aparecer un estado de agitación seguido de calmada tristeza,

aislamiento y silencio. Los recuerdos o los sentimientos de necesidad de la persona o bien perdido desembocan en su aflicción o pena acompañado de copioso llanto, aislamiento o sensación de vacío (Pais libre 1998, Fonnegra 1997).

En el duelo y en su expresión influye la cercanía a lo perdido, el tipo de personalidad, la cultura y la capacidad expresiva y de afrontamiento que se tenga, lo que le hace diverso y personal, presentándose reacciones tanto a nivel físico como emocional y social.

A nivel físico, la persona generalmente presenta llanto, pérdida de apetitos (físico, sexual), falta de concentración. A nivel social hay resentimiento y rabia, así como la asunción de nuevos roles. Y a nivel emocional, se vivencia la tristeza, la soledad y los miedos.

Lo anterior, así como el proceso de duelo, hacen parte de la conducta emocional y pertenece al modo de afrontamiento que se da en el sujeto. A medida que pasa el tiempo parte de las sensaciones del duelo van desapareciendo y recobra el ritmo de lo cotidiano, lo cual suele darse en un lapso de 6 meses a 2 años, lo que marca un paso de desvinculación de la persona o bien perdido, readecuado y ajustado al plan vital y a las demandas de la realidad, con la energía necesaria y disposición para cumplir las metas propuestas y exigidas dentro del contexto social en que se desempeña.^{5, 22, 25, 26, 29, 30}

Todo este proceso de elaboración del duelo se expresa mediante la aflicción y el luto, siendo una situación normal, no patológica.

La elaboración del duelo cumple con las siguientes funciones:

- Aceptar y asumir la realidad de la pérdida.
- Expresar y dar sentido a las emociones es la activación del sufrimiento, la pena y el dolor emocional (conciencia de la tristeza, aceptación, integración).
- Adaptarse al ambiente donde el objeto perdido (cosas, situaciones o personas) ya no está presente.
- Adaptarse a la vida con la pérdida.

- Reinvertir la energía emotiva en otras emociones (reconducir los afectos hacia otras personas o cosas)
- Fortalecer el principio de realidad (asumir la pérdida).

El duelo conlleva 2 tipos de expresiones, la interna o aflicción (expresión emocional) y la externa o luto:

- La aflicción conlleva a tres etapas:
 - Romper los lazos con las personas o cosas perdidas
 - Adaptarse a la vida sin la presencia de las personas o cosas
 - Establecer nuevas relaciones.
- El luto hace relación a la expresión externa de la pena que se siente (vestir de negro, mantener cierto comportamiento social).

La aflicción y el luto se manifiestan a través de:

- **Sentimientos** de gran tristeza, soledad, abandono, vacío, añoranza, ira, culpabilidad y autorreproche
- **Comportamientos somáticos:** sensación de vacío en medio del pecho y el estómago, sensación de nudo en la garganta, sentido de irrealidad y despersonalización, fastidio frente a las situaciones medioambientales, hipersensibilidad al miedo, boca seca y sensación de ahogo
- **Cogniciones o pensamientos:** sensación de incredulidad, confusión, pensamientos referentes al desaparecido (me parece sentirlo o verlo, siento su presencia), alucinaciones visuales y auditivas
- **Conductas y comportamientos:** alteraciones del apetito (bulimia o anorexia), sueños con lo perdido, toma riesgos innecesarios, respiración suspirada, aislamiento social, llanto frecuente y prolongado, hiperactividad y visita frecuente a lugares cercanos al fallecido.

La ausencia de cadáver complica la elaboración del duelo. Algunos se cronifican y pueden desencadenar en depresión severa e intentos de suicidio. La falla en el proceso del duelo lleva a situaciones patológicas como la depresión.^{5, 17, 29, 30}

Para resolver el duelo se debe llegar a:

- Reconocer y aceptar la pérdida (admitir y entender)
- Reacción ante separación (permitirse sentir, identificar, aceptar y expresar emociones y sentimientos)
- Recordar y reexperimentar
- Replantear papeles
- Reacomodarse y adaptarse
- Reinvertir energía psicológica para mejorar situaciones de la vida.

Se puede decir que la persona está recuperada cuando:

- Expresa los sentimientos adecuadamente.
- Establece nuevas relaciones
- Acepta nuevos retos
- Habla de la pérdida sin dolor
- Presenta afianzamiento y desarrollo normal de su cotidianidad

5.3. Patología social

Hace relación a una serie de disfunciones y deterioro respecto de la normatización y manejo de límites, dentro de un contexto social dado, que llevan a situaciones que crean dificultades de índole múltiple y concomitan con el incremento en el consumo de alcohol y drogas, prostitución, violencia, retraimiento social, conflictos y problemas familiares.

Mucha de la patología social está asociada en gran medida con lo que se ha llamado la *cultura de la sobrevivencia*, entendida como las condiciones de vida de extrema deprivación, en lo que respecta al suministro de necesidades materiales básicas. Así mismo, se puede desencadenar desplazamiento variable de población hacia

otros lugares dada por múltiples razones, entre ellas la búsqueda de seguridad, bienestar y protección.^{5, 16, 17, 29, 30}

Una situación que puede generar o agravar la patología social es el llamado *Segundo Desastre (Erickson)*, que se refiere a las consecuencias de tipo emocional que se derivan de la desorganización social y física de una comunidad destruida por una catástrofe, presentándose cuadros de carácter psicológico o psiquiátrico que obedecen a la incapacidad de hacer frente a todos los cambios sociales que ocurren súbitamente. Ello también sucede por las fallas institucionales y estatales debido al incumplimiento o mal manejo de las respuestas que se deben dar a una comunidad cuando ocurre un desastre, con lo que viene mayor deterioro en lo personal y social, lo que impide que se formulen metas vitales y sociales adecuadas y justas. La desorganización social que sobreviene a un desastre repercute en un aumento de los ingresos a hospitales por problemas de origen mental.^{5, 16, 17}

De igual manera, aunado a las múltiples situaciones generadas con ocasión de un desastre, se puede dar el llamado *Síndrome de Desarraigo* que hace relación a la sensación de aniquilamiento dada por un cambio profundo y repentino que produce una pérdida del pasado del individuo, del aquí y el ahora. Le causa una sensación de extrañeza ante la pérdida de un sistema familiar, su entorno físico, la alteración de sus expectativas o el cambio profundo de estas estructuras, respondiendo a las nuevas y extrañas circunstancias con temor, intensas pesadillas nocturnas, reacciones depresivas y profundos sentimientos de culpa por estar a salvo cuando sus seres queridos perdieron la vida.^{5, 16, 17}

Se presenta también una *situación de temporalidad*, que es un estado previo y a veces necesario en los procesos de reconstrucción y que puede ayudar a mejorar el tejido social, la organización. Genera posibilidad de ayuda y apoyo en materia de vivienda, salud y asistencia en necesidades básicas. Si el proceso no es manejado adecuadamente y se prolonga por un tiempo excesivamente largo, aumentan los riesgos de todo tipo, la vulnerabilidad y la marginalidad que lleva a explosiones sociales y al aumento de patología social y trastornos psicológicos.

En la temporalidad se deterioran los espacios de referencia social que les proporciona seguridad por lo cual se vuelven muy vulnerables y susceptibles.

5.4. Cuadros psicopatológicos más frecuentes que se dan con motivo de los desastres

Los desastres sacan a flote la relación entre el mundo intrapsíquico y los estresores externos con lo cual se pueden presentar alteraciones psicopatológicas que se relacionan estrechamente con los rasgos de personalidad, antecedentes de problemas mentales, la calidad de las defensas y controles frente a la conducta, lo mismo que la información y entrenamiento previo. Esto se puede ver al analizar los síntomas y signos que se pueden englobar bajo los criterios del DSM-IV y CIE-10.

Trastorno de estrés post-traumático: hace referencia a la forma que es vivido un suceso que suele estar por fuera del rango habitual de la experiencia humana (guerras, catástrofes, violaciones, torturas, entre otros), que conlleva una seria amenaza para la propia vida o la de otros.

El trauma se vuelve a experimentar a través de pensamientos intrusivos, imágenes, sueños o recuerdos que emergen de la conciencia involuntariamente. Son frecuentes los *flashback* (revivir la experiencia), que aunque el sujeto esté despierto se encuentra en un estado alterado de conciencia (episodio disociativo). La sintomatología se agudiza cuando el individuo se expone a situaciones similares o que simbolizan la situación original.

Se presentan síntomas simultáneos de estrés severo y persistente. Hay *flashbacks* con intensa ansiedad, pesadillas, pánico y trastornos del sueño, conductas evitativas con respecto a la situación traumática, hiperexcitabilidad, tristeza, depresión, asociadas a la pérdida del hogar, salud, comunidad y muerte de familiares, amigos y otros.

En general presentan estos componentes:

- Experimentación repetida del acontecimiento traumático.
- Entorpecimiento de la respuesta.
- Reducción de la participación en mundo exterior.
- Síntomas psicossomáticos asociados con alteraciones del sistema nervioso autónomo.

Los criterios diagnósticos son los siguientes:

- El paciente ha debido exponerse a un acontecimiento estresante o situación excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo disconfort.
- Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante, revivencias disociativas, recuerdos, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
- Evitación de circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
- Una de las dos:
 - Incapacidades para recordar parcial o completamente el período de exposición al agente estresante.
 - Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica, y activación de al menos dos de los síntomas siguientes:
 - Dificultad para conciliar o mantener el sueño
 - Irritabilidad
 - Dificultad de concentración
 - Facilidad para distraerse
 - Respuesta de alarma (sobresaltos) y aprensión exageradas

Reacción psicótica breve y otras psicosis: en las psicosis las funciones psíquicas están afectadas y el individuo no puede cuidar de sí. presenta alteración de su juicio crítico de la realidad, no tiene conciencia de sus problemas y alteraciones, hay dificultad en el control de impulsos y deterioro en el manejo de la convivencia y

desempeño social, representando gran peligro para sí mismo y para los demás. No tiene manejo ni responsabilidad de sus actos por su incapacidad de distinguir entre el mundo real (externo) y su mundo interno (vida psíquica).

En los desastres pueden aparecer psicosis por factores orgánicos (traumáticos, metabólicos), factores psicológicos (traumas psicológicos), factores sociales (situaciones económicas, amenazas, etc). Así mismo, se pueden reactivar cuadros psiquiátricos si se tienen antecedentes de enfermedad mental (trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, etc.). Hay posibilidad de que se genere psicosis aguda delirante - alucinatoria, que dura pocas semanas y puede presentar alucinaciones auditivas, temores, cuadros de confusión, delirios mal estructurados, cuadros referenciales entre otros signos y síntomas, así como lenguaje desorganizado y comportamiento extravagante y extraño.

Para el diagnóstico de los trastornos psicóticos agudos se deben tener en cuenta las siguientes pautas:

- Aparición súbita y asociada a un elevado nivel de estrés.
- Comportamientos extraños o alarmantes (aislamiento, suspicacia, amenazas)
- Alucinaciones
- Ideas delirantes poco estructuradas
- Inquietud o comportamientos extravagantes
- Lenguaje desorganizado o extraño
- Respuestas emocionales exageradas y labilidad emocional
- Creencias extrañas o temores
- Confusión, desconfianza.

Con respecto a los trastornos afectivos, se puede presentar o reactivarse un cuadro maníaco que reporta conducta social desinhibida con aumento de los apetitos (hipersexualidad, hiperfagia e hiperactividad), gran actividad maníaca y sensación de energía incrementada, afecto expansivo, ánimo exaltado e irritabilidad, lo

mismo que logorrea, coprolalia y locuacidad, distractibilidad, ideas de grandeza, alta valoración de sí mismo, insomnio, taquipsiquia, que lleva a pensamiento atropellado y desordenado (Croeg, 1986. Romero G. 1999).

En el episodio maníaco se deben tener en cuenta los siguientes criterios diagnósticos:

- Conducta desinhibida y deseo sexual incrementado
- Actividad motora y energía alta
- Exaltación y expansión del afecto, irritabilidad
- Verborrea y locuacidad
- Trastornos del sueño
- Distractibilidad e impulsividad
- Ideas de grandeza y curso del pensamiento desordenado y atropellado.

Depresión: puede aparecer un cuadro depresivo que se presenta con ánimo triste y sensación de vacío, abulia y baja capacidad de disfrute, sentimientos de culpa y baja autoestima, disminución de los apetitos (hiposexualidad, hipoactividad y anorexia), pesimismo persistente; presenta ideas e intentos de suicidio. En estos cuadros depresivos puede ser psicótico o no, por reactivación de un cuadro antiguo o como reacción a la situación generada por las situaciones del desastre.

Los criterios diagnósticos para el cuadro depresivo son los siguientes:

- Desesperación y pesimismo persistente
- Pérdida de interés y capacidad de disfrute
- Estado de ánimo bajo, sensación de tristeza y sensación de vacío
- Trastornos del sueño
- Asumición de penas y culpas, baja autoestima
- Inquietud, irritabilidad

- Trastornos del apetito
- Ideas o actos de intento de suicidio (*Romero G., 1996*).

La depresión está asociada con (*Oath y bolton 1984*):

- Circunstancias exteriores negativas y difíciles de controlar
- Un pequeño número de acciones controlables y de roles alternativos, además de la disminución de relaciones sociales significativas.
- Una acción dramática o una erosión paulatina que golpea un rol o significado central, que el sujeto no puede reemplazar o superar
- La rutina de sí, del sujeto, ya de por sí frágil, se desestructura y da paso a la disforia y a un esquema de sí, negativo.

Derivado de estas situaciones se puede presentar intento de suicidio o suicidio por efecto de las pérdidas, la soledad, el vacío, dificultades sociales o consumo de alcohol y psicoactivos.

Reacción a estrés agudo: representa un cuadro psiquiátrico que fluctúa entre leve y grave y presenta los siguientes parámetros diagnósticos:

- Exposición a un agente físico o psicológico de excepcional gravedad.
- Inmediata aparición de signos y síntomas de ansiedad, la cual puede ser:
 - Leve, si sólo se presentan síntomas de ansiedad
 - Moderada, si presenta síntoma de ansiedad, además de aislamiento social, desorientación, hiperactividad o desesperación, entre otros.
 - Grave, si presenta síntoma de ansiedad con estupor disociativo, o cuatro de los siguientes síntomas: aislamiento social, estrechamiento del campo de la atención., aparente desorientación, ira o agresividad verbal, desesperanza o desesperación, hiperactividad inadecuada o carente de propósito, duelo incontrolable y excesivo (de acuerdo con la cultura propia del sujeto).

- Si el agente estresante es transitorio o puede ser aliviado.

Los síntomas empiezan a disminuir no más tarde de ocho horas. Si el agente estresante es persistente, los síntomas empiezan a atenuarse en 48 horas.

Trastornos de adaptación: los trastornos de adaptación son denominados también trastornos del ajuste o situacionales, que consisten en el desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento, clínicamente significativos, en respuesta a estrés psicosocial, identificable en un período de tres meses después del comienzo del estrés.

En el trastorno adaptativo participan cuatro procesos básicos:

- Un factor psicosocial generador de estrés.
- Nivel y duración del trastorno.
- Descarte de otros trastornos mentales
- Valoración integral de la personalidad del sujeto.

Las personas se sienten sobrepasadas por lo acontecimientos y son incapaces de adaptarse a las circunstancias. Las pautas diagnósticas son:

- Exposición a estrés psicosocial identificable, no más de un mes antes del comienzo de los síntomas.
- Síntomas o trastornos del comportamiento, con las siguientes características predominantes:
 - Reacción depresiva breve: estado depresivo leve y transitorio de duración no superior a un mes.
 - Reacción depresiva prolongada: estado depresivo leve como respuesta a una exposición prolongada; la duración no excede los dos años.
 - Reacción mixta de ansiedad y depresión.
 - Con predominio de alteración de otras emociones.
 - Con predominio de alteraciones disociales.
 - Con alteraciones emocionales, disociales y mixtas. Síntomas emocionales y los trastornos disociales del comportamiento.

- Con otros síntomas predominantes especificados.
- Los síntomas no persisten más de seis meses tras la finalización del estrés o sus consecuencias.

CUADRO COMPARATIVO

Reaccion Aguda	Trastorno Adaptativo
Las alteraciones emocionales que predominan son estados de pánico, excitabilidad, miedo, depresión o ansiedad.	Las alteraciones emocionales son de tipo ansioso, con expresiones de temor y preocupación, y otros no específicamente depresivos.
Generalmente es de breve duración y se supera pasado el estrés.	En esta categoría el tiempo de evolución es más prolongado aunque en algunos casos puede ser de corta duración.
Podría considerarse esta categoría, como el comportamiento normal de las personas sometidas a un mismo estrés particular y común.	En esta categoría cabe contemplar cierta susceptibilidad individual, ya que ante el mismo estrés todos los individuos no responderán igual.
Los síntomas se relacionan directamente con la cantidad de estímulos dolorosos en la unidad de tiempo, de ahí que la respuesta sea parecida.	La modalidad de los síntomas está vinculada con la situación padecida, o sea que dependiendo del tipo de estrés es la respuesta del paciente.
Hay predominio de las alteraciones de conciencia como fugas, despersonalización, etc y hay alteraciones psicomotoras como agitación y estupor.	Se presentan comúnmente cuadros de depresión breve, depresión prolongada o alteraciones de la conducta.

Trastorno disociativo (de conversión): se presentan síntomas orgánicos infrecuentes o muy llamativos tales como ataques epilépticos, amnesia, anestesia, "estados de posesión", "estados de trance", confusión de identidad, parálisis, entre otros.

Los criterios diagnósticos son:

- No se halla ninguna patología orgánica que justifique los síntomas del trastorno.
- Evidencia de una génesis psicológica de los síntomas, asociación estrecha con acontecimientos o problemas estresantes (a menudo alteración en las relaciones personales).

Amnesia disociativa: para la amnesia disociativa se tienen en cuenta los siguientes parámetros:

- Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo
- Amnesia, parcial o completa, para acontecimientos o problemas recientes que fueron o siguen siendo traumáticos o estresantes
- La amnesia es demasiado importante y persistente para ser explicada como un olvido habitual.

Fuga disociativa:

- Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo
- Se ha llevado a cabo un viaje lejos de casa o del lugar de trabajo y actividades sociales, realizado de forma inesperada
- Amnesia del viaje, de forma parcial o completa y la amnesia no es explicada como un olvido habitual.

Estupor disociativo:

Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo

- Disminución o ausencia de movimientos voluntarios y del habla, así como de la respuesta normal a la luz, al ruido y al ser tocado
- Se conserva el tono muscular, la postura en reposo y los movimientos de la respiración normales (y frecuentemente de los movimientos coordinados de los ojos).

Trastorno de trance: Se caracteriza por una alteración transitoria de la conciencia, puesta de manifiesto por:

- Pérdida del sentido de la identidad personal.

- Estrechamiento del campo de la conciencia, respecto al entorno inmediato del sujeto o marcada reducción, selección y focalización de la misma a algunos estímulos concretos del entorno del sujeto.
- Limitación de movimientos, posturas y habla, a la repetición de un repertorio limitado.

Trastornos de posesión: el individuo está convencido de ser poseído por un espíritu, poder, deidad u otra persona.

Estos criterios deben presentarse de un modo no buscado e incómodo y al margen de, o como prolongación de estados similares aparecidos en ceremonias religiosas u otras.

Trastornos disociativos de la motilidad:

- Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo
- Alguno de los siguientes síntomas debe cumplirse:
 - Pérdida parcial o completa de la capacidad para realizar movimientos que normalmente se encuentran bajo control voluntario (Incluyendo habla)
 - Incoordinación, ataxia o incapacidad para permanecer en una sola posición o sitio.

Convulsiones disociativas:

- Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo.
- Presencia de movimientos espasmódicos de aparición brusca e inesperada, muy parecidos a cualquiera de las variedades de crisis epilépticas, pero que no se siguen de pérdida de conciencia.
- Los síntomas presuntamente "convulsivos" no se acompañan de mordedura de lengua, incontinencia urinaria, contusiones o hematomas importantes a consecuencia de la caída.

Anestesia y pérdidas sensoriales disociativas:

- Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo.
- Alguno de los siguientes síntomas debe cumplirse:

- Pérdida completa o parcial de cualquiera de las sensaciones cutáneas normales en toda la superficie corporal o en parte de la misma (especificar: tacto, pinchazo, vibración, frío, calor)
- Pérdida parcial o completa de la visión, audición u olfato (especificar).

Trastornos somatomorfos:

- Antecedentes de al menos dos años de evolución de quejas relativas a síntomas somáticos múltiples y variables, los cuales no pueden ser explicados por trastornos orgánicos objetivables.
- La preocupación por los síntomas causa un malestar constante y lleva al enfermo a la búsqueda de reiteradas (tres o más) consultas y chequeos.
- Existe un rechazo continuado por parte del sujeto a aceptar las aclaraciones de los médicos de que no existe una causa orgánica que explique los síntomas somáticos.
- Presencia de un total de seis o más síntomas de la lista siguiente, los cuales deben pertenecer por lo menos a dos de los grupos:

Síntomas gastrointestinales:

- Dolor abdominal.
- Náuseas.
- Sensaciones de plenitud abdominal o de meteorismo.
- Mal sabor de boca o lengua saburral.
- Quejas de vómito o regurgitación de alimentos.
- Quejas de tránsito intestinal rápido o diarreas mucosas o líquidas.

Síntomas cardiovasculares:

- Falta de aliento aun sin haber hecho esfuerzos
- Dolor torácico.

Síntomas urogenitales:

- Disuria o quejas de micción frecuente.
- Sensaciones desagradables en o alrededor de los genitales.
- Quejas de flujo vaginal excesivo o desacostumbrado.

Síntomas cutáneos y dolor:

- Quejas de erupciones o decoloración de la piel
- Dolor en los miembros, extremidades o articulaciones
- Sensaciones desagradables de falta de tacto o parestesias (quedarse dormido un miembro).

Trastornos de ansiedad: se manifiesta como una tensión desagradable, con sensación de peligro inminente que sobrepasa la respuesta normal a la amenaza e interfiere con el normal funcionamiento del individuo.

A nivel psicológico se pueden presentar quejas de tensión, preocupación, hipervigilancia, sensación de pánico, irritabilidad, dificultad en la concentración, fatiga, hiperactividad, impaciencia y falta de energía, sensación de desrealización y despersonalización, propensión a accidentes y tendencia al consumo de alcohol y fármacos.

A nivel físico se encuentra: taquicardia, dolor torácico, respiración entrecortada, mareo, vértigo, cefalea, diarrea, pirosis, sensación de vacío y nudo en garganta, temblor, desmayo, diaforesis, sequedad de boca, entumecimiento y parestesias. Pueden presentarse desde trastornos de ansiedad generalizada, trastornos de pánico o fobias.

Entre los elementos diagnósticos para la ansiedad se encuentran:

- Múltiples y variados síntomas que limitan su funcionalidad.
- El sujeto está tenso, sobresaltado e irritable.
- Sensación de fatiga permanente y tensión aprehensiva.
- Dificultad en la atención con alteración en el orden de la ejecución.
- Múltiples síntomas somáticos sin base orgánica aparente.
- Crisis aguda (trastorno de pánico).
- Período de miedo o incomodidad intensa, con síntomas que aparecen abruptamente y que duran alrededor de diez minutos.

- Taquicardia, temblor, agitación, transpiración, sensación de ahogo, dolor precordial, náuseas, vómito, mareo, inestabilidad, sensación de aturdimiento o desmayo, miedo a perder el control o a volverse loco, miedo a morir, parestesias, sensación de frío o calor.

Fobias: hacen relación a la aparición de un miedo intenso e irracional que ocurre ante un estímulo que el sujeto debe evitar, lo cual dificulta su funcionamiento social. Ello viene acompañado de gran signología y sintomatología de ansiedad.

El manejo para los problemas psicopatológicos que se presentan debe ser por personal entrenado en salud mental y conlleva:

- Intervención en crisis
- Psicoterapia
- Farmacoterapia
- Medidas de apoyo terapéutico
- Manejo ambulatorio
- Hospitalización, si se hace necesario.