

# REACCIONES AGUDAS Y CRÓNICAS ANTE TRAUMA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

**Eric Bui, Bonnie Ohye, Sophie Palitz, Bertrand Olliac, Nelly Goutaudier, Jean-Philippe Raynaud, Kossi B Kounou & Frederick J Stoddard Jr**

**Editor: Daniel Martínez, Matías Irarrázaval**

**Traducido por Beatriz Garcia Parreño, Nieves Hermosín Carpio, Sandra Alonso Bada**



Foto: Hamideddine Bouali

Eric Bui MD, PhD

Université de Toulouse, Toulouse, France; Massachusetts General Hospital & Harvard Medical School, Boston, USA

Conflicto de intereses: ninguno

Bonnie Ohye PhD

Massachusetts General Hospital & Harvard Medical School, Boston, USA

Conflicto de intereses: ninguno

Sophie Palitz, BA

Massachusetts General Hospital, Boston, USA

Conflicto de intereses: ninguno

Bertrand Olliac MD, PhD

Centre Hospitalier Esquirol, Limoges, France

Conflicto de intereses: ninguno

Esta publicación está dirigida a los profesionales desde la formación o de la práctica de la salud mental y no para el público en general. Las opiniones expresadas son de los autores y no representan necesariamente los puntos de vista del editor o de IACAPAP. Esta publicación pretende describir los mejores tratamientos y prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el momento en que es escrita, evaluada por los autores y puede cambiar como resultado de nuevas investigaciones. Los lectores necesitan aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes del país donde ejerzan la práctica. Algunos medicamentos pueden no estar disponibles en algunos países y los lectores deben consultar la información específica del fármaco, ya que no todas las dosis y los efectos no deseados son mencionados. Se citan diferentes organizaciones, publicaciones y sitios web para ilustrar diferentes cuestiones o como una fuente de información adicional. Esto no quiere decir que los autores, el editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deben ser evaluados críticamente por el lector. Los sitios web también pueden cambiar o dejar de existir.

© IACAPAP 2017. Esta es una publicación de acceso abierto bajo la licencia *Creative Commons Non-commercial License*. El uso, la distribución y la reproducción en cualquier medio se permiten sin el permiso previo siempre que la obra original esté debidamente citada y el uso no sea comercial.

Sugerencia de citación: Bui E, Ohye B, Palitz S, Olliac B, Goutaudier N, Raynaud JP, Kounou KB & Stoddard FJ Jr. Reacciones agudas y crónicas ante trauma en niños y adolescentes. Martínez D, Irarrázaval M (eds) Garcia Parreño B, Hermosín Carpio N, Alonso Bada S (trans). In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2017.

A pesar de que en las últimas décadas se han llevado a cabo importantes avances en la comprensión y el tratamiento de los trastornos de estrés traumático, las reacciones psicológicas de estrés ante el trauma se han descrito desde la antigüedad (Birmes et al, 2010). En su biografía de la vida de los famosos, Plutarco escribió que cuando al general y cónsul romano Cayo Mario (157-86 aC), se le presentó un recuerdo de uno de sus temible enemigos, fue invadido por un “pensamiento abrumador de una nueva guerra, de luchas frescas, de terrores conocidos por experiencia como terroríficos “y” fue presa de los terrores nocturnos y los sueños acosadores”(Plutarco, 1920).

Derivado de la palabra griega τραῦμα que significa “herida”, la palabra “trauma” se ha utilizado durante siglos como un término médico para designar “una lesión en los tejidos vivos causada por un agente extrínseco”. No obstante, no es hasta 1889, cuando Oppenheim utilizó por primera vez las descripciones clínicas de la “neurosis traumática” en víctimas de accidentes de ferrocarril, que la palabra también abarca un significado psicológico.

## EVENTOS TRAUMÁTICOS

Históricamente, un evento traumático se describía comúnmente por presentar tres características:

- Aparición repentina e inesperada
- Asociación con una amenaza para la vida o la integridad física, y
- Estar fuera del rango normal de las experiencias de vida.

Estas tres características diferencian un “trauma” de otros acontecimientos dolorosos tales como una enfermedad médica o la ruptura de relaciones interpersonales. Lenore Terr define dos tipos de trauma psicológico:

- Tipo I, asociado a un evento traumático único limitado en el tiempo (accidente, desastre, etc.), y
- Tipo II, causada por la larga duración o repetida exposición a los eventos traumáticos (abuso, tortura, situación de combate, etc.) (Terr, 1991).

La evidencia de una categoría traumática de tipo II fue considerada demasiado débil para ser incluida en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (Asociación Americana de Psiquiatría 2013; Resick et al, 2012). Mientras que en la cuarta edición (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994), los acontecimientos traumáticos se definieron como “eventos que suponen una amenaza para la vida, la muerte real o una lesión grave, o una amenaza para la integridad física de uno mismo u otros” y que van acompañados de un sentimiento de “miedo intenso, impotencia u horror”; en el DSM-5 se redujo la reacción subjetiva al trauma requerida en el DSM-IV (criterio A2), porque la evidencia no apoya la necesidad de que se haga un diagnóstico de trastorno de estrés agudo (TEA) y trastorno de estrés postraumático (TEPT). En la definición del DSM-5, los eventos traumáticos incluyen no sólo la exposición directa (es decir, ser una víctima) y ser testigo de un evento traumático, sino también de forma aprendida cuando la situación traumática se produjo a un miembro cercano de la familia o un amigo cercano. La definición del DSM-5 también incluye la exposición extrema y repetida a detalles aversivos de los eventos traumáticos (por ejemplo, los primeros en acudir a una recogida de restos

Nelly Goutaudier PhD

Université de Toulouse,  
Toulouse, France

Conflicto de intereses: ninguno

Jean-Philippe Raynaud MD

Université de Toulouse,  
Toulouse, France

Conflicto de intereses: ninguno

Kossi B Kounou PhD

Université de Toulouse,  
Toulouse, France & University  
of Lomé, INSE, Lomé, Togo

Conflicto de intereses: ninguno

Frederick J Stoddard Jr MD

Massachusetts General  
Hospital & Harvard Medical  
School, Boston, USA

Conflicto de intereses: ninguno

- ¿Tiene preguntas?
- ¿Comentarios?
- Haga clic aquí para ir a la página de Facebook del libro de texto y compartir sus puntos de vista sobre el capítulo con otros lectores, hacer preguntas a los autores o al editor y hacer comentarios.

humanos), pero excluye la exposición a través de los medios de comunicación a menos que se relacione con el propio trabajo realizado (por ejemplo, los agentes de policía que tienen que visualizar varias veces imágenes y grabaciones de un asalto).

En relación con los niños, un añadido importante al DSM-5 es el nuevo criterio: “alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo asociados con el acontecimiento traumático. Las categorías de síntomas de “intrusión”, “evitación” y “*arousal* o hiperactivación” del trastorno de estrés postraumático son conservadas (véase la sección sobre las características clínicas de abajo y en la Tabla F.4.1).

TEA y TEPT ya no se enumeran en el capítulo de los trastornos de ansiedad, sino como una categoría distinta: El trauma y los trastornos relacionados con los factores estresantes (véase el capítulo A.9). Además del TEA y el TEPT, esta categoría incluye el trastorno reactivo de la vinculación, el trastorno de comportamiento social desinhibido y, bastante importante, el trastorno de adaptación. El trastorno persistente de duelo complicado (también conocido como duelo complicado o trastorno por duelo complicado) se ha incluido en el DSM-5 en el apartado de condiciones para estudios posteriores, pero también aparece como un posible diagnóstico como “trauma especificado y trastornos relacionados con factores de estrés” (APA, 2013).

Los datos de la investigación epidemiológicos y clínicos presentados en este capítulo están limitados a los estudios que utilizan el DSM-IV o criterios anteriores; existe poca investigación disponible actualmente utilizando los criterios del DSM-5.

## EL ESPECTRO DE LAS REACCIONES AL TRAUMA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Sufrir un acontecimiento traumático en este grupo de edad puede conducir al desarrollo de diversas reacciones que van desde las relativamente leves, causando perturbaciones menores en la vida del niño, a consecuencias graves y debilitantes. La mayoría de los niños y adolescentes expuestos a eventos traumáticos desarrollan algo de angustia psicológica, que es generalmente de corta duración. En algunos, sin embargo, los síntomas no remiten espontáneamente y en su lugar se convierten en clínicamente significativos, persistentes e incapacitantes.

Las reacciones a la exposición al trauma se definen de acuerdo con su marco temporal: inmediata o peri-traumático (minutos u horas de duración), TEA (que dura entre dos días y un mes), y trastorno de estrés postraumático (cuando los síntomas persisten más de un mes).

En este capítulo vamos a revisar los diferentes tipos de reacciones psicopatológicas a un trauma. Sin embargo, los niños y adolescentes pueden desarrollar otros problemas de salud mental después de la exposición al trauma que incluyen depresión, trastorno de pánico, fobias específicas (típicamente relacionados con algún aspecto del trauma), así como problemas de comportamiento y de atención (por ejemplo, trastorno oposicionista desafiante). En niños de edad preescolar, otras presentaciones clínicas incluyen problemas tales como la pérdida de habilidades previamente dominadas (regresión), así como la aparición de temores



Hermann Oppenheim, un neurólogo alemán, fue el primero en conceptualizar el trauma psicológico en 1891 en su tratado sobre la “neurosis traumática” (*Über Weitere Mitteilungen morir traumatische Neurose*) basado en observaciones clínicas de víctimas de accidentes de ferrocarril, fábrica, y de la construcción.

### Regresión

Regresión es un mecanismo de defensa común en niños. Cuando se enfrentan a acontecimientos estresantes revierten a un patrón de afrontamiento, sentimientos o comportamiento anterior o menos maduro.

no específicamente asociados con aspectos del trauma. En el DSM-5 es significativa la adición de una subcategoría del TEPT: trastorno del desarrollo modificado para los niños de 6 años o más jóvenes, que difiere en aspectos importantes de los criterios de trastorno de estrés postraumático para niños mayores de 6 años. Especialmente importante para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático en niños de 6 años o menos es que en lugar de los 7 síntomas requeridos en niños mayores y adultos, sólo se requieren 3 síntomas, uno por cada uno de los grupos de síntomas “intrusión”, “evitación o cogniciones negativas” y “*arousal* o hiperactivación” (véase la Tabla F.4.1).

## EPIDEMIOLOGÍA

### Trastorno por estrés agudo (TEA)

A través de estudios de adultos expuestos a trauma, se obtienen unos rangos de prevalencia del TEA del 7% al 59% (Bryant et al, 2008; Elklit y Christensen, 2010), con una media de prevalencia del 17,4% (Bryant, 2011). Estas cifras, sin embargo, son algo más bajas entre los niños, con tasas referidas alrededor de 8-10% en los países industrializados (Kassam-Adams & Winston, 2004; Bryant et al, 2007; Dalgleish et al, 2008).

### Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

En los EE.UU., entre el 7% y el 10% de los individuos pueden sufrir de trastorno de estrés postraumático en su vida, mientras que la prevalencia a lo largo de 12 meses entre los adultos es de aproximadamente el 4% (Kessler et al, 2005a; 2005b). En los adultos, la tasa de incidencia (porcentaje de nuevos casos de trastorno de estrés postraumático) después de un trauma varían mucho (Breslau et al, 1998), y viene determinada por una serie de factores tales como el tipo de trauma, la gravedad del trauma, la exposición previa a trauma, la presencia de trastornos del estado de ánimo o de ansiedad anteriores, y un nivel elevado de reacciones peritraumáticas (Brewin et al, 2000; Ozer et al, 2003). Los índices de trastorno de estrés postraumático entre niños y adolescentes supervivientes de desastres varían ampliamente dependiendo de la población estudiada y de las medidas utilizadas para evaluar el diagnóstico, la tasa varía del 1% al 60% (Wang et al, 2013).

Si bien los datos anteriores encontraron que hasta un 36% de los niños y adolescentes expuestos a una serie de eventos traumáticos fueron diagnosticados con trastorno de estrés postraumático (Fletcher, 1996c), un reciente meta-análisis refleja que la tasa de trastorno de estrés postraumático entre los niños después de la exposición al trauma es de aproximadamente 16% (Alisic et al, 2014). Una gran encuesta epidemiológica en los EE.UU. encontró una tasa de prevalencia vital para el TEPT del 4,7% en los adolescentes (McLaughlin et al, 2013), con tasas más altas entre las mujeres (7,3%) que en los hombres (2,2%).

### Curso e impacto

Se ha demostrado que los síntomas de TEPT en adultos mejoran, sobre todo durante los primeros 12 meses después del evento traumático (Bui et al, 2010b); sin embargo, los datos sugieren que el curso de trastorno de estrés postraumático



Haga click en la foto para ver un vídeo que describe el TEPT (ingles)



Dr. Yoshiro Ono, Psiquiatra japonés de niños, miembro de la IACAPAP, proporcionando ayuda ante las secuelas del terremoto y el tsunami que devastó el norte de Japón el 11 de marzo de 2011

sin tratamiento es en gran parte crónico; individuos pueden experimentar niveles significativos de síntomas y deterioro incluso décadas más tarde (por ejemplo, O'Toole et al, 2009).

Del mismo modo, los datos sugieren que entre los niños en edad preescolar, el curso del trastorno por estrés postraumático puede ser crónico, con mejoría limitada en los dos años siguientes al evento (Scheeringa et al, 2004; 2005; 2006). Los datos sobre niños de edad escolar, sin embargo, son menos claros: algunos trabajos describen que no hay impacto a largo plazo en las tasas de trastorno de estrés postraumático (McFarlane y Van Hooff, 2009) mientras que otros encuentran tasas elevadas (Morgan et al, 2003). Por último, la escasez de datos en los adolescentes también apunta a una posible cronicidad de los síntomas de TEPT en esta población (Yule et al, 2000).

## Factores de riesgo

Un meta-análisis de 64 estudios que evaluó los factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático entre niños y adolescentes de 6 a 18 años (Trickey et al, 2012) reveló que los factores relativos a la experiencia subjetiva del acontecimiento (incluyendo el miedo peri-trauma y la amenaza a la vida percibida) y las variables postraumáticas (incluyendo bajo apoyo social, retraimiento social, comorbilidad psiquiátrica, mal funcionamiento de la familia, y el uso de determinadas estrategias cognitivas como la distracción y la supresión del pensamiento) tenían un efecto entre mediano y grande en la predicción del trastorno de estrés postraumático, mientras que los factores pre-trauma (incluyendo

sexo femenino, baja inteligencia, el estado socioeconómico bajo, acontecimientos de la vida pre-trauma, baja autoestima, problemas psicológicos pre-trauma en el joven y en los padres) tenían un efecto entre pequeños y mediano.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

### Reacciones peritraumáticas

Cuando se enfrentan a un evento traumático, los niños y adolescentes a menudo muestran respuestas psicológicas inmediatas. Las reacciones experimentadas durante un trauma e inmediatamente después, se llaman peritraumáticas y han sido identificadas como robustos predictores del desarrollo de TEPT en adultos (Brewin et al, 2000; Ozer et al, 2003). Se han descrito dos tipos de reacciones peritraumáticas: la angustia peritraumática y la disociación peritraumática.

La angustia peritraumática se introdujo como una medida de la intensidad del TEPT según el DSM IV (Brunet et al, 2001). Los índices de reacción emocional (por ejemplo, miedo, horror) y física (por ejemplo, pérdida del control intestinal) experimentados durante, o inmediatamente después, de la exposición a un evento traumático se pueden medir con el ítem 13 del Inventario de Distress Peritraumático (PDI) (Brunet et al, 2001) que evalúa sentimientos de impotencia, tristeza, culpa, vergüenza, frustración, miedo, horror, desmayos, la preocupación por los demás, la pérdida de control del intestino y la vejiga, reacciones físicas y pensamientos de morir (Apéndice F.4.1).

La disociación peritraumática se refiere a alteraciones en la experiencia del tiempo, el lugar, y las personas durante, o inmediatamente después, de la exposición al trauma (Marmar et al, 1994) y se evalúa por el ítem 10 del Cuestionario de Experiencias de Disociación Peritraumáticas (PDEQ). El PDEQ incluye elementos de medición de perder el conocimiento, la sensación de que uno está en piloto automático, la distorsión del tiempo (“cámara lenta”), la despersonalización (sensación de verse a uno mismo actuar mientras que no se tiene control sobre la situación), desrealización (una sensación de extrañeza e irrealidad del mundo externo), confusión, amnesia y conciencia reducida (Apéndice F.4.2).

Tanto el PDI como el PDEQ han sido validados en niños (Bui et al, 2011), y ambos tipos de reacción, tanto la angustia peritraumática como la disociación han demostrado estar asociadas con el desarrollo de los síntomas de TEPT en los niños (Bui et al, 2010a).

### Reacción de estrés agudo (CIE-10) / Trastorno por estrés agudo (DSM-5)

Las primeras reacciones psicológicas al trauma se describen en la sección “Reacción de estrés agudo” (REA) en la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1992), y bajo “Trastorno por estrés agudo”(TEA) en el DSM-5. Si bien ambas descripciones REA y TEA son similares, difieren ligeramente en su marco temporal (inicio dos días después de la exposición al trauma en el REA, y tres días para el TEA). Nos centramos en los TEA ya que la investigación y las recomendaciones basadas en la evidencia se han llevado a cabo, en su mayoría, utilizando los criterios del DSM.

#### Reacciones peritraumáticas en un niño de 11 años de edad

Alan tiene 11 años y vive con sus padres y hermana de un año. Una noche, mientras sus padres discutían en su presencia, su padre apuñaló a su madre en el abdomen. Su madre fue llevada al hospital y Alan, que fue con ella, fue visto por el psiquiatra de guardia. Alan le dijo lo que había visto y dijo que durante la pelea, había sentido mucho miedo y que su corazón latía con fuerza. Recordaba la sensación de que debía hacer algo para ayudar a su madre, pero no sabía cómo, y sintió que no podía mover las piernas. También dijo que lo que había ocurrido parecía irreal, casi como si fuera en una película. Le dijo al psiquiatra que cuando pensaba en la escena de nuevo, parecía más lento y fuera de lugar. Se acordó de que había gritado cuando su madre estaba herida, pero no recordaba nada después de eso.

El TEA se introdujo en el DSM-IV con el fin de diferenciar la corta duración de las reacciones incapacitantes de estrés al trauma del trastorno de estrés postraumático (Koopman et al, 1995), así como para identificar individuos en riesgo de trastorno de estrés postraumático un mes más tarde (Spiegel et al, 1996). En el DSM-5, un diagnóstico de TEA requiere ser expuesto a un acontecimiento traumático (es decir, una muerte real, o amenaza de muerte, o lesiones, o graves amenazas, o amenaza de violación sexual) y el criterio de diagnóstico principal requiere un mínimo de 9 de 14 síntomas (en cualquier grupo determinado), incluyendo síntomas de intrusión (es decir, sueños angustiosos recurrentes, recuerdos angustiosos recurrentes del trauma, intensa o prolongada respuesta de estrés tras la exposición a los recordatorios y las reacciones fisiológicas ante los recordatorios); síntomas disociativos (es decir, desrealización, embotamiento emocional e incapacidad para recordar un aspecto del trauma (típicamente amnesia disociativa); síntomas de evitación (es decir, la evitación de recordatorios internos o externos que despiertan recuerdos del acontecimiento traumático; y los síntomas de excitación (es decir, irritabilidad o comportamiento agresivo, respuestas exageradas de sobresalto, alteración del sueño, hipervigilancia, y problemas de concentración). La duración de los síntomas puede oscilar desde tres días a cuatro semanas después de la exposición al trauma, con malestar clínicamente significativo o deterioro funcional (ver Tabla F.4.1).

### Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

El diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, inicialmente reservado para adultos, se extendió a los jóvenes en 1987 con el DSM-III. En el DSM-IV, los criterios de diagnóstico para el trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes son idénticos a los utilizados para los adultos con algunas especificaciones. Ha habido un intenso debate científico sobre el uso de los criterios del DSM-IV para adultos para el TEPT en los niños y datos recientes sugieren que los jóvenes podrían requerir un menor número de criterios basados en el deterioro funcional asociado con los síntomas de TEPT, y pueden tener expresiones un poco

#### Relación del TEA con el TEPT

El TEA se introdujo para identificar individuos en riesgo de TEPT. Actualmente, la literatura sugiere que los síntomas de TEA aumentan la probabilidad de desarrollar TEPT (McKibben et al, 2008; Bui et al, 2010b; Yasan et al, 2009). Sin embargo, de acuerdo con los últimos datos empíricos en adultos, mientras que el valor predictivo positivo del TEA es razonable, su sensibilidad (proporción de personas que cumplan los criterios de TEA que finalmente desarrollan TEPT) es pobre (20-72%), lo que sugiere que la mayoría de los supervivientes del trauma que posteriormente desarrollan TEPT no cumplen todos los criterios para TEA (Bryant, 2011).

En línea con esto, un gran estudio con niños y adolescentes supervivientes de accidentes de coche no demostró que los síntomas de disociación predecían de forma independiente el subsecuente TEPT (Dagleish y otros, 2008).

El TEA es, por tanto, considerado como una entidad clínica que captura un importante nivel de angustia y deterioro, puede ayudar a identificar a jóvenes que podrían requerir atención clínica, y puede ser indicativo de un posible TEPT posterior.



Participantes en la 1ª Reunión del Comité Directivo de la Asociación de Asia para apoyar Resistencia Mental Durante la crisis. Jakarta 19 de septiembre de 2012.

diferentes de angustia, sobre todo en los muy jóvenes (Scheeringa et al, 2003).

En el DSM-5, el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático incluye los mismos criterios de exposición que el TEA (es decir, exposición a la muerte o amenaza de muerte o grave peligro, lesión o violación sexual real o amenazada). Además, el diagnóstico de TEPT en adultos y adolescentes requiere:

- *Uno de los síntomas de intrusión* (criterio B) incluyendo sueños angustiantes recurrentes, recuerdos angustiosos recurrentes del trauma, reacciones disociativas (por ejemplo, escenas retrospectivas), o intensa reactividad fisiológica o psicológica a los recordatorios del trauma;
- *Evitación persistente de estímulos internos o externos asociados al trauma* (criterio C);
- *Dos síntomas de alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo* asociados con el trauma (criterio D) incluyendo culpa persistente y distorsionada propia o de otros, el estado emocional negativo persistente (por ejemplo, el miedo, horror, rabia, vergüenza o culpa), disminución del interés o en la participación en actividades significativas, el desapego o distanciamiento de los demás, o incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (por ejemplo, embotamiento emocional); y
- *Dos síntomas de alteraciones en la excitación y la reactividad* (criterio E), incluyendo irritabilidad o comportamiento agresivo, imprudente o autodestructivo, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, problemas con la concentración o alteración del sueño.

Para hacer el diagnóstico también se requiere que los síntomas duren más de un mes, que estén asociados con malestar clínicamente significativo, o deterioro, y que no estén relacionados con los efectos de una sustancia o una enfermedad médica. Además, el DSM 5 incluye un subtipo de trastorno de estrés postraumático en niños de edad preescolar, de seis años o menos de edad, que pone de manifiesto diferencias significativas, incluyendo capacidades cognitivas abstractas y de expresión verbal aún en desarrollo (Scheeringa et al, 2011a; Scheeringa et al, 2001b).

Se han hecho tres modificaciones principales para este subtipo:

- Los cambios en los síntomas de re-experimentación incluyen un cambio en la redacción del criterio B1 (es decir, recuerdos recurrentes e intrusos) que no requiere que dichos recuerdos sean molestos, ya que un número importante de niños traumatizados se sienten neutrales o excitados por el recuerdo.
- Con respecto a los síntomas de evitación y las alteraciones negativas en la cognición y en el estado de ánimo, los criterios para niños de edad preescolar sólo requieren que se cumpla un síntoma de estos dos grupos, ya que es difícil identificar en esta población ciertos síntomas, por ejemplo “restricción de la vida afectiva” y “desprendimiento de sus seres queridos”. Además, dos de los síntomas fueron eliminados ya que no eran sensibles al desarrollo: “El sentido de un futuro limitado” y “incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso”. Por último, en este grupo, dos síntomas fueron reformulados para mejorar la validez en niños en edad preescolar: disminución del interés en actividades puede adoptar la forma de juego constreñido, mientras

### Trastorno de estrés postraumático en una niña de 6 años

Dolores, una niña de 6 años, fue ingresada en el hospital con quemaduras en el 40% del cuerpo después de un incendio en el que murió un hermano pequeño. Su madre estaba junto a la cama, su padre ha estado ausente durante varios años. Dolores tiene una historia de privación temprana debido a la falta de vivienda y ahora está en el 1er curso en la escuela.

Dolores estaba en su habitación cuando comenzó a oler el humo y vio la puerta arder. Se acordaba de que estaba muy asustada, se orinó y gritó. No recordaba nada más después de eso.

Fue sedada inicialmente después del injerto de las heridas por las quemaduras. Cuando fue retirada la morfina y el midazolam se volvía llorosa, asustada y gritaba si su madre se ausentaba durante períodos cortos de tiempo. También estaba ansiosa cada vez que las enfermeras de uniforme entraban en la habitación por temor a que le hicieran daño. Desarrolló insomnio, así como pesadillas en las que re-experimentaba el incendio, incluyendo episodios de terror nocturno. Se enfadaba cuando su madre no se quedaba con ella incluso por la noche. La madre decía que Dolores había cambiado desde el incendio; ya no estaba interesada en jugar con muñecas, estaba aislada, nerviosa, y con frecuencia tenía pataletas.

Comenzó a mejorar cuando se le dio control sobre alguno de los cambios de apósitos, y se fomentó su control del miedo y dolor relacionado con los apósitos para quemaduras, así como una adecuada, aunque reducida, analgesia.





Soldados iraníes durante la guerra entre Irán e Iraq.

que los sentimientos de desprendimiento pueden manifestarse como retraimiento social.

- En cuanto a la hiperactivación, sólo un pequeño cambio de redacción fue necesario en “la irritabilidad o ataques de ira”, que se modificó para incluir “rabieta extrema.” (Tabla F.4.1)

## Diagnóstico diferencial

La tabla F.4.1 resume los síntomas utilizados para el diagnóstico de TEA y TEPT de acuerdo con el DSM-5. El TEPT comparte síntomas comunes con otras numerosas condiciones, como intoxicación por sustancias, que deben ser descartadas como la causa o deben excluirse de un diagnóstico de TEPT. Además, el

Tabla F.4.1 Comparación de los síntomas utilizados para el diagnóstico de TEA, TEPT y TEPT en niños <6 años según el DSM-5.

GRUPO DE SÍNTOMAS	DESCRIPCIÓN DEL SÍNTOMA	TEA	TEPT	TEPT en niños
<b>EXPOSICIÓN AL EVENTO TRAUMÁTICO</b>	• Evento traumático experimentado directamente	✓	✓	✓
	• Presenciar un evento traumático ocurrido a otros	✓	✓	✓
	• Conocer a un familiar o amigo que ha vivido un evento traumático	✓	✓	✓ [padre o cuidador]
	• Exposición repetida o extrema a los detalles de un evento traumático	✓	✓	
<b>SÍNTOMAS INTRUSIVOS</b>	• Recuerdos recurrentes e intrusivos del evento	✓	✓	✓ [p.e. en juego]
	• Pesadillas recurrentes relacionadas con el suceso	✓	✓	✓
	• Flashbacks u otras reacciones disociativas	✓	✓	✓ [p.e. reproducir el evento en el juego]
	• Reacciones de estrés desencadenadas por claves internas o externas	✓	✓	✓
	• Marcadas reacciones fisiológicas tras claves internas o externas		✓	✓
	• De recuerdos o emociones angustiantes relacionadas con el suceso	✓	✓	✓
<b>EVITACIÓN</b>	• De recordatorios externos como personas, lugares o situaciones	✓	✓	✓
	• Imposibilidad para recordar aspectos del suceso		✓	
<b>HUMOR DEPRIMIDO Y SÍNTOMAS COGNITIVOS</b>	• Percepción negativa de uno mismo, el mundo y otros		✓	
	• Impresiones distorsionadas sobre causas y consecuencias del suceso		✓	
	• Emociones negativas persistentes como horror, ira o vergüenza		✓	✓
	• Reducción del interés en las actividades diarias		✓	✓
	• Sentimientos de desapego		✓	✓ [p.e. retirada social]
	• Incapacidad para sentir emociones positivas	✓	✓	✓

Tabla F.4.1 (Continuación) Comparación de los síntomas utilizados para el diagnóstico de TEA, TEPT y TEPT en niños <6 años según el DSM-5.

GRUPO DE SÍNTOMAS	DESCRIPCIÓN DEL SÍNTOMA	TEA	TEPT	TEPT en niños
<b>SÍNTOMAS DE HIPER- ACTIVACIÓN</b>	• Irritabilidad y ataques de ira	✓	✓	✓ [p.e, rabietas extremas
	• Conductas temerarias o autodestructivas		✓	
	• Hipervigilancia	✓	✓	✓
	• Respuesta de sobresalto exagerada	✓	✓	✓
	• Dificultades para concentrarse	✓	✓	✓
	• Problemas de sueño	✓	✓	✓
<b>SÍNTOMAS DISOCIATIVOS</b>	• Despersonalización	✓		
	• Desrealización	✓		
<b>REQUISITOS PARA EL DIAGNÓSTICO</b>		9 de 14 síntomas	Trauma + 1 intrusión + 1 evitación + 2 humor/ cogniciones + 2 hiperactivación	Trauma + 1 intrusión + 1 evitación o humor/ cogniciones + 2 hiperactivación
<b>DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN AL TRAUMA</b>		De 3 días a 1 mes	+ de 1 mes	+ de 1 mes

### **Evaluación y tratamiento de niños y adolescentes refugiados expuestos a trauma relacionado con la guerra**

Los niños y adolescentes refugiados que han huido de las zonas de guerra han sido expuestos con frecuencia a traumas múltiples (incluyendo ser testigos de alguien herido, muerto o torturado), así como múltiples pérdidas (Rutter, 2003). A pesar de que a menudo son resistentes, muchos experimentan TEPT, así como otros trastornos mentales o problemas de salud, incluyendo depresión, ansiedad y el duelo complicado o prolongado. La vida en los campos de refugiados, y la respuesta de los países receptores, sobre todo si su entrada es ilegal, agrava aún más estos problemas. Parece que hay una relación dosis-efecto entre trauma acumulativo y síntomas de angustia emocional en niños y adolescentes refugiados expuestos a la guerra (Heptinstall et al, 2004; Mollica et al, 1997). Los niños no acompañados solicitantes de asilo (es decir, menores de 18 años separados de ambos padres y sin el cuidado de un adulto responsable) despliegan mayor angustia psicológica que los que están acompañados (Mckelvey y Webb, 1995).

Las cuestiones de la pérdida son particularmente importantes en estos niños debido al aislamiento social en el país anfitrión. Los desafíos en la evaluación del impacto del trauma en niños y adolescentes refugiados expuestos a conflictos armados incluyen el trabajo con intérpretes, escribir informes médico-legales, exposición vicaria al trauma (entre los trabajadores sanitarios), y variaciones transculturales en las presentaciones clínicas (Ehnholt y Yule, 2006). Entre los adultos, se ha mostrado de forma consistente que la angustia relacionada con el trauma puede manifestarse con síntomas ligados a la cultura. Por ejemplo, en las culturas de Asia y del Sudeste de Asia, los individuos traumatizados a menudo temen la desregulación de un "flujo de viento" en su cuerpo. Estos síndromes culturales así como quejas somáticas son aspectos destacados de la experiencia de trastorno de estrés postraumático entre refugiados camboyanos traumatizados, siendo más prominentes que muchos síntomas del trastorno de estrés postraumático tradicional (Hinton et al, 2013). Los médicos deben, por tanto, no tener sólo en cuenta los criterios del DSM o la CE.

Aunque los enfoques de tratamiento basadas en la evidencia, incluyendo la TCC adaptada a los síndromes culturales, la desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR) y la terapia de exposición narrativa son útiles para aliviar los síntomas de TEPT en jóvenes refugiados, un enfoque holístico es por lo general también necesario (Papadopoulos, 1999). Debido a que los jóvenes refugiados están bajo estrés social y material importante, necesitan con frecuencia tratar también las dificultades prácticas actuales en lugar de las experiencias pasadas. Finalmente, la terapia también puede centrarse en el futuro en lugar de reflexionar sobre el pasado, y este enfoque no debe ser desatendido (Beiser y Hyman, 1997).



Un camión congelador que contiene pescado se inclina contra un árbol en el patio delantero de una casa destruida después del huracán Katrina en Plaquemines Parish, Louisiana, Estados Unidos. Foto de FEMA / Andrea Booher

TEPT puede presentar simultáneamente síntomas del estado de ánimo y ansiedad, y la presencia de trastornos del humor y de ansiedad debe ser comprobada. Los principales diagnósticos diferenciales a tener en cuenta son:

- Trastorno de adaptación
- TEA
- Trastorno de ansiedad
- TOC
- Depresión mayor
- Trastornos disociativos
- Trastorno conversivo
- Psicosis
- Intoxicación por sustancias
- Lesión cerebral traumática.

En contraste con el trastorno de estrés postraumático, que requiere que los síntomas estén presentes durante al menos un mes después de la exposición al trauma, el TEA se diagnostica durante el primer mes. Además, el diagnóstico de TEPT requiere la presencia de al menos seis síntomas de cuatro clusters (reexperimentación, evitación, alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo, y la hiperactivación), mientras el diagnóstico de TEA requiere sólo la presencia de nueve de 14 síntomas (véase la Tabla F.4.1).

Al igual que el TEPT y TEA, los trastornos de adaptación requieren la exposición a un evento estresante que se traduce en malestar o deterioro clínicamente significativo. Sin embargo, en los trastornos de adaptación, el factor estresante no necesita ser “traumático” (es decir, tan grave como para causar TEA o TEPT). Además, en el trastorno adaptativo no se especifican los síntomas requeridos y el estado del paciente no debe ser explicado por otro trastorno.

Aunque la exposición a un suceso traumático puede precipitar la aparición de una gama de trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, estos diagnósticos no están tan fuertemente condicionados por el evento traumático, como es el caso del TEA y el TEPT. Mientras el TEA y el TEPT comparten con los trastornos de ansiedad (incluyendo los trastornos de pánico, ansiedad generalizada y ansiedad social) síntomas de hiperactivación y evitación, la presentación clínica de TEA y TEPT incluye también la focalización en torno a un evento traumático y la reexperimentación de las emociones y las imágenes del trauma. Un episodio depresivo mayor desencadenado por una experiencia estresante puede incluir dificultades de concentración, insomnio, retraimiento social o desapego similares a los encontrados en el trastorno de estrés postraumático; sin embargo, la presentación clínica de la depresión carecerá de la reexperimentación del trauma o la evitación de estímulos relacionados.

## DIAGNÓSTICO

### La entrevista

La evaluación de las personas jóvenes con un posible trastorno de estrés postraumático debe comenzar generalmente con preguntas abiertas para obtener

### **Posparto, TEPT y problemas de desarrollo**

La investigación ha demostrado que el parto es un evento estresante que puede conducir a respuestas psicológicas negativas y trastornos psiquiátricos como la depresión post-parto (Robertson et al, 2004). Un creciente cuerpo de investigación se ha centrado en el TEPT relacionado con el parto. Las tasas varían de 2,8% a 5,6% a las seis semanas después del parto (Creedy et al, 2000; Goutaudier et al, 2012). Al considerar el TEPT subsindrómico, las tasas son de hasta el 30% a las 4-8 semanas después del parto (van Son et al, 2005). Además, un parto estresante, como el prematuro, aumenta significativamente la probabilidad de desarrollar TEPT (Jotzo y Poetas, 2005). Sin embargo, las tasas de prevalencia pueden no ser fiables ya que la mayoría de los estudios en el campo perinatal utilizan medidas de autoinforme para el diagnóstico de TEPT cuando un diagnóstico válido no puede ser realizado en base únicamente a puntuaciones de escala. Por otra parte, ya que algunos estudios utilizan un punto de corte en los cuestionarios de auto-informe para hacer un diagnóstico y no confirman la exposición al trauma (a menos que el parto por sí mismo se considere un "evento traumático"), es probable que algunos casos puedan ser mal diagnosticados como TEPT después del parto, cuando en realidad se sufre de otros trastornos como la depresión postparto. También es importante tener en cuenta que las tasas más altas de TEPT después del parto se han encontrado en las muestras de riesgo (por ejemplo, mujeres con problemas ginecológicos o con antecedentes de trastorno psiquiátrico).

Sin embargo, el TEPT relacionado con el parto, es un problema potencialmente importante ya que los síntomas pueden afectar negativamente a la relación entre madre e hijo (Ballard et al, 1995), el desarrollo de los bebés, y su salud mental futura (Pierrehumbert et al, 2003). En particular, se ha encontrado que el TEPT después del parto se asocia con trastornos de fijación. Por ejemplo, los síntomas de evitación pueden hacer que las madres no se vinculen con el bebé, mientras que hipervigilancia puede dar lugar a un exceso de ansiedad o exceso de protección (Bailham y Joseph, 2003). Los síntomas de TEPT después del parto también están asociados con una crianza menos sensible y mayores preocupaciones sobre la intimidad con el bebé (Schechter et al, 2004). Los hijos de madres deprimidas se ha visto que están en riesgo de desarrollar trastornos de conducta y déficits sociales y de ejecución (Anderson y Hammen, 1993). Varios autores han planteado la hipótesis de que puede haber un vínculo similar entre el TEPT después del parto de la madre y el desarrollo social y del comportamiento del niño (por ejemplo, Bailham y Joseph, 2003). Por último, los síntomas de TEPT después del parto también pueden tener un impacto negativo en el desarrollo cognitivo del niño (Parfitt et al, 2013). La evaluación sistemática del impacto psicológico de la entrega a las madres puede ayudar a identificar a aquellas que están en mayor riesgo de síntomas de TEPT significativos y maternidad problemática. Además, puesto que los padres por lo general no experimentan el parto de forma tan traumatizante, los enfoques psicoterapéuticos que implican al padre en el posparto podrían ser útiles en el tratamiento de los síntomas de TEPT materno después del parto.

una descripción narrativa del trauma. En niños más pequeños con frecuencia será en un contexto de juego, incluyendo dibujos; en adolescentes, la descripción ha de ser con sus propias palabras, con una intervención mínima por parte del entrevistador. Mientras que en los adultos esta parte no directiva puede ser útil para reducir al mínimo el riesgo de hacer un diagnóstico incorrecto de TEPT ante la simulación de individuos que quieren lograr alguna ganancia (por ejemplo, una compensación), también puede ser útil en los niños pequeños; relatos de la exposición al trauma y síntomas en niños pueden ser influidos por la manera en la que se hacen las preguntas (Bruck y Ceci, 1999). En particular, esto es importante en el contexto de potencial abuso sexual o físico, con implicaciones legales significativas. Por lo tanto, se recomienda usar preguntas de formato abierto a la hora de evaluar un posible abuso sexual o físico, evitar sugerir las respuestas, y evitar también hacer la misma pregunta dos veces ya que los niños podrían cambiar su respuesta creyendo que han respondido incorrectamente la primera vez. A menudo se aconseja grabar en vídeo las entrevistas en testimonios de casos de posible abuso infantil para que el clínico pueda demostrar que las preguntas habían sido no directivas.

Generalmente los niños y adolescentes dependen de sus padres para el acceso a la atención clínica. Por eso es importante propiciar y mantener una buena alianza terapéutica con los cuidadores. Si los médicos no son conscientes de que el niño ha estado expuesto a un trauma, es poco probable que propongan una evaluación

**TABLA F4.2 Instrumentos para evaluar las reacciones de estrés posttraumático en niños y adolescentes**

INSTRUMENTOS	RANGO DE EDAD	DURACIÓN (MINUTOS)	PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS	USO LIBRE	DONDE ENCONTRARLOS
<b>Entrevistas</b>					
Child PTSD Reaction Index (CPTSD-RI) (Nader et al, 1990)	6-17	15-20	Buenas	Si	Contactar al autor: <a href="mailto:rpynoos@mednet.ucla.edu">rpynoos@mednet.ucla.edu</a>
Clinician-Administered PTSD Scale for Children & Adolescents (CAPS-CA) (Nader et al, 1996)	7-18	30-120	Buenas	Si	<a href="http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/ncptsd-instrument-request-form.asp">http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/ncptsd-instrument-request-form.asp</a>
Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-2) (Wolfe et al, 1991)	6-18	30-45	Moderadas/buenas	Si	<a href="http://www.cintools.com/victims/resources/assessment/ptsd/cites-r.pdf">http://www.cintools.com/victims/resources/assessment/ptsd/cites-r.pdf</a>
Children's Posttraumatic Stress Disorder Inventory (CPTSDI) (Saigh et al, 2000)	7-18	15-20	Buenas	No	<a href="http://www.pearsonclinical.com/">http://www.pearsonclinical.com/</a>
Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) (Briere, 1996)	3-12	20-30	Buenas	No	<a href="http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=TSCC">http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=TSCC</a>
Traumatic Events Screening Inventory (TESI) (Ribbe, 1996)	4+	10-30	-	Si	<a href="http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment-pdf/TEI-C.pdf">http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment-pdf/TEI-C.pdf</a>
<b>Autoinformes</b>					
Child PTSD Symptom Scale (CPSS) (Foa et al, 2001)	8-18	10-15	Good	No	<a href="http://www.performwell.org/index.php?option=com_mtree&amp;task=att_download&amp;link_id=500&amp;cf_id=24">http://www.performwell.org/index.php?option=com_mtree&amp;task=att_download&amp;link_id=500&amp;cf_id=24</a>
My Worst Experiences Survey (National Center for Study of Corporal Punishment and Alternatives in Schools, 1992)	9-18	20-30	Good	No	<a href="http://www.wpsublish.com/app/">http://www.wpsublish.com/app/</a>
UCLA PTSD Index for DSM-IV (Pynoos et al, 1998)	7-12, 13+	15-20	Excellent	No	Contactar al autor: <a href="mailto:rpynoos@mednet.ucla.edu">rpynoos@mednet.ucla.edu</a>
When Bad Things Happen Scale (WBTH) (Fletcher, 1996b)	8-13	10-20	Moderate to Good	Yes	Contactar al autor: <a href="mailto:Kenneth.Fletcher@umassmed.edu">Kenneth.Fletcher@umassmed.edu</a>

**TABLA F4.2 (continuación) Instrumentos para evaluar las reacciones de estrés postraumático en niños y adolescentes**

INSTRUMENTOS	RANGO DE EDAD	DURACIÓN (MINUTOS)	PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS	USO LIBRE	DONDE ENCONTRARLOS
<b>Informes de los padres</b>					
Child Stress Disorders Checklist (CSDC) (Saxe et al, 2003)	2-18	10	Excelentes	Si	<a href="http://www.ncitsnet.org/hctsn_assets/acp/hospital/CSDC.pdf">http://www.ncitsnet.org/hctsn_assets/acp/hospital/CSDC.pdf</a>
Parent Report of Child's Reaction to Stress (Fletcher, 1996a)	-	30-45	Buenas	Si	Contactar al autor: <a href="mailto:Kenneth.Fletcher@umassmed.edu">Kenneth.Fletcher@umassmed.edu</a>
Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) (Briere, 2005)	3-12	20-30	Buenas	No	<a href="http://www4.parrinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=TSCYC">http://www4.parrinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=TSCYC</a>

del niño. Las directrices de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP) recomiendan que “incluso si el trauma no es el motivo de la consulta, los médicos deben preguntar a los niños de forma rutinaria acerca de la exposición a eventos traumáticos comunes (...), y si dicha exposición ha existido, el niño debe ser examinado ante la posible presencia de síntomas de TEPT” (Cohen et al, 2010).

Como es el caso de otros trastornos mentales, los síntomas postraumáticos en niños y adolescentes influyen y son influidos por la familia y el ambiente inmediato. Por lo tanto, la evaluación de los síntomas postraumáticos en este grupo de edad debe incluir una evaluación de su familia (o ambiente). Esto es particularmente importante ya que otros miembros de la familia pueden haber estado expuestos al mismo evento traumático y también puede estar sufriendo de síntomas postraumáticos.

Por último, los padres tienden a minimizar las experiencias traumáticas y los síntomas postraumáticos de sus hijos (Meiser-Stedman et al, 2007; Dyb et al, 2003; Shemesh et al, 2005), especialmente en los niños más jóvenes (Dyb et al, 2003). Por lo tanto, no sólo es importante sino también necesario evaluar directamente los síntomas y comportamientos infantiles y no confiar únicamente en los informes de los padres.

### Herramientas de evaluación

Una serie de instrumentos de evaluación están disponibles para ayudar en la evaluación del TEA y el TEPT en niños y adolescentes (Hawkins y Radcliffe, 2006; Marzo et al, 2012), sin embargo, algunos tienen la limitación de haber sido adaptados de las medidas para adultos. Medidas basadas en criterios DSM-5 todavía no están disponibles. La revisión detallada de estos instrumentos va más allá del alcance de este capítulo. La tabla F.4.2 resume algunas de las medidas más comúnmente utilizadas, dónde están libremente disponibles y dónde pueden ser encontradas.

El instrumento más utilizado es la Escala de TEPT para Niños y Adolescentes administrada por clínicos (CA-CAPS) (Nader y otros, 1996), un instrumento basado en la entrevista y derivado de los CAPS adultos que está limitada por la duración de la evaluación y el requisito de que el entrevistador tiene que recibir entrenamiento. Otra opción es la Lista de Verificación de Trastornos de Estrés Infantil (CSDC) (Saxe et al, 2003).



Unas pocas entrevistas de diagnóstico que evalúan una serie de trastornos están disponibles y pueden ser útiles en la evaluación de trastorno de estrés postraumático (Scheeringa y Haslett, 2010; Egger et al, 2006). Por ejemplo, la Evaluación Psiquiátrica para Edad Preescolar (Egger et al, 2006) o los Instrumentos Diagnósticos de Evaluación Infantil y Preescolar (Scheeringa y Haslett, 2010), mientras que la Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (DICA) se puede utilizar tanto para niños y adolescentes (Reich, 2000).

## TRATAMIENTO

### Intervenciones inmediatas para todos (menos de 24 horas después del trauma)

#### *Enfoques psicológicos*

La mayoría de los niños y adolescentes experimentan algún síntoma psicológico o somático inmediatamente después del trauma. Estos síntomas no necesariamente indican la necesidad de intervención, ya que generalmente se resuelven espontáneamente sin ayuda profesional.

Se ha encontrado que las declaraciones sobre incidentes críticos, que requieren que los individuos relaten los detalles del trauma— a veces en un ambiente de grupo—proporcionan muy poco o ningún beneficio (Centro Australiano de Salud Mental Postraumática, 2013).

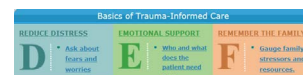
Algunos de los datos en adultos sugieren que el llevar a cabo declaraciones informativas en grupo aumenta la sintomatología de TEPT e incluso puede aumentar la tasa de trastorno de estrés postraumático (Rose et al, 2002; van Emmerik et al, 2002). Los datos de dos ensayos controlados aleatorios en niños revelaron que el interrogatorio no fue superior a la atención habitual en la reducción de la tasa del trastorno de estrés postraumático u otras consecuencias negativas incluyendo problemas conductuales, depresión o ansiedad (Stallard et al, 2006; Zehnder et al, 2010). Así, mientras que niños y adolescentes en peligro deben tener la oportunidad de hablar de forma individual sobre el trauma si desean hacerlo, el interrogatorio no solicitado (en particular, en un ambiente de grupo) no está recomendado.

Los datos recientes sugieren que una intervención basada en la exposición de 3 sesiones iniciada en el servicio de urgencias dentro de las 12 primeras horas tras un acontecimiento traumático puede disminuir la tasa del trastorno de estrés postraumático en adultos (Rothbaum et al, 2012); sin embargo, no hay datos para niños y adolescentes.

En conclusión, el interrogatorio no debe ser rutinariamente utilizado con niños y adolescentes traumatizados en riesgo de TEPT. Las intervenciones basadas en la exposición aplicadas inmediatamente después de un trauma puede ayudar a prevenir el trastorno de estrés postraumático en jóvenes expuestos a un trauma, en base a su eficacia en el tratamiento de trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes (ver más abajo) y en la prevención del trastorno de estrés postraumático en adultos. Por último, se recomienda proporcionar primeros auxilios psicológicos, incluyendo la educación sobre el curso habitual y las



Haga clic en la imagen para acceder a los parámetros para la evaluación y el tratamiento de la academia americana de psiquiatría del niño y el adolescente de los niños y adolescentes con trastorno por estrés postraumático.



Pulse en la imagen para acceder a la Caja de Herramientas del sitio Web de Atención de la Salud que incluye información sobre cómo cuidar de personas que han sufrido un trauma.

reacciones normales al trauma, y asegurarse de que las necesidades médicas y de seguridad se cumplen, incluyendo refugio y alimento, aumento del apoyo social, y proporcionar referencias apropiadas.

### ***Enfoques farmacológicos***

Un posible enfoque para la prevención del trastorno de estrés postraumático podría ser la administración de un medicamento inmediatamente después de la exposición al trauma. Sin embargo, son pocos los datos que apoyan la eficacia de cualquier agente farmacológico para esta indicación. El tratamiento inmediato con propranolol ha ofrecido resultados confusos en adultos (Vaiva et al, 2003; Pitman et al, 2002; Hoge et al, 2012), y un ensayo en niños y adolescentes fue negativo (Nugent et al, 2010). Más prometedores son varios estudios con niños y adultos heridos que apoyan la hipótesis del beneficio preventivo de administrar de forma temprana tras el trauma de mas opiáceos para el dolor (Saxe et al, 2001; Stoddard et al, 2009; Holbrook et al, 2010; Bryant et al, 2009).

Por último, a pesar de su amplio uso clínico para tratar de aliviar la sintomatología del estrés agudo, existe muy poca evidencia en la literatura sobre adultos—pero más en estudios con animales—de que las benzodiazepinas sean útiles para las secuelas inmediatas de traumas e incluso se ha visto que puede empeorar los resultados en individuos expuestos a un trauma (Gelpin et al, 1996; Mellman et al, 2002). Como resultado, existen varias directrices que recomiendan evitar el uso de benzodiazepinas en el período inmediatamente posterior a un traumatismo.

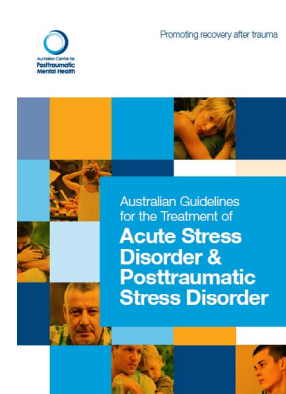
## **Intervención temprana para TEA (síntomas que duran más de dos días pero menos de un mes)**

### ***Enfoques psicoterapéuticos***

Para los adultos que presentan síntomas que no remiten rápidamente, la terapia cognitivo-conductual breve (de cuatro a cinco sesiones) centrada en el trauma (TCC) puede ser eficaz en el tratamiento del TEA y en la prevención del desarrollo de trastorno de estrés postraumático (Australian Centro de Salud Mental Postraumático, 2013). Ésta incluye intervenciones como educación, el entrenamiento de la respiración, técnicas de relajación, ejercicios basados en la exposición, y procesamiento cognitivo. En niños y adolescentes, estos enfoques pueden ser útiles como tratamiento temprano para el TEA en base a su eficacia en el tratamiento del TEPT. En cualquier caso, la administración de estas intervenciones psicológicas tempranas está limitada por la escasez de profesionales capacitados para administrarlos, en particular en países con pocos recursos.

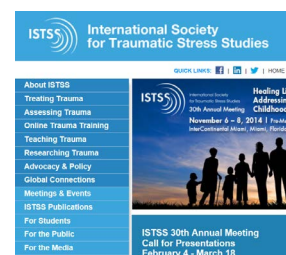
Otras intervenciones tempranas probadas con niños con resultados limitados o no concluyentes incluyen sitios web de autoayuda para niños y libros informativos para los padres (Cox et al, 2010), la terapia de exposición narrativa, y la meditación con relajación (Catani et al, 2009). Un estudio informó de que la intervención sobre el contexto psicosocial y manejo del estrés del cuidador era superior a la orientación de apoyo infantil y la psicoeducación en la reducción de las tasas de TEPT y en la gravedad de los síntomas de TEPT en los niños con al menos un grupo de síntomas de estrés traumático (Berkowitz et al, 2011).

Las benzodiazepinas deben ser evitadas inmediatamente después del trauma.



Pulse en la imagen para acceder a las Directrices australianas para el tratamiento del trastorno por estrés agudo y el TEPT.

A pesar de los importantes avances en el tratamiento farmacológico de los adultos con TEPT, actualmente no se dispone de datos que apoyen el uso de medicamentos psicotrónicos en la gestión del TEPT en niños y adolescentes.



Pulse en la imagen para acceder a la página web de la Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático.

## ***Enfoques farmacológicos***

Un ensayo con sertralina iniciada en el hospital en los pocos días después de un trauma (y con una duración de 24 semanas) en niños y adolescentes quemados (Stoddard et al, 2011), produjo resultados mixtos: no había una mejoría significativa en los síntomas de TEPT pero la reducción si fue significativa en los informes de los padres de los síntomas de TEPT de los niños. Basado en esto, así como en los resultados mixtos para los antidepresivos en el tratamiento del TEPT, los antidepresivos no se recomiendan generalmente para el tratamiento de los TEA.

## **Intervención para TEPT (síntomas que duran un mes o más)**

### ***Tratamiento farmacológico***

No hay disponibles ensayos farmacológicos grandes o definitivos en el TEPT pediátrico hasta la fecha. En general, deben favorecerse los enfoques psicoterapéuticos centrados en el trauma para el trastorno de estrés postraumático en la niñez.

### ***Antidepresivos***

En adultos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son el tratamiento farmacológico de primera línea recomendado. Su eficacia está bien documentada. Por lo general son bien tolerados y pueden ser útiles en el tratamiento de la depresión concomitante. Sin embargo, hay poca evidencia que apoya su eficacia en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en los jóvenes. La eficacia de la sertralina y la fluoxetina ha sido examinada en los jóvenes, y ambas fracasaron en demostrar ser superiores al placebo (Cohen et al, 2007; Robb et al, 2010; Robert et al, 2008). Por lo tanto, hasta la fecha, la evidencia que apoya el uso de los ISRS para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes es insuficiente.

La eficacia de otros antidepresivos no se ha investigado en ensayos controlados aleatorios (por ejemplo, inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina) o los ensayos dieron resultados limitados o no concluyentes (por ejemplo, inhibidores de la monoamino oxidasa). Dada esta falta de evidencia empírica y el perfil de efectos secundarios desfavorables, incluyendo la agitación y la irritabilidad, no se recomiendan en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en la infancia.

### ***Otros tratamientos farmacológicos***

Aunque es tentador prescribir benzodiazepinas para el trastorno de estrés postraumático debido a sus efectos ansiolíticos, no hay datos sólidos que apoyen su eficacia. Además, dado que pueden interferir con la extinción de procesos de aprendizaje importantes para la eficacia de la terapia cognitivo conductual, y que las personas con TEPT tienen un riesgo elevado de abuso y dependencia de sustancias, por lo general no se recomienda su uso en el tratamiento de trastorno de estrés postraumático en los jóvenes, particularmente cuando las benzodiazepinas se prescriben “a demanda”.

## **Principios cognitivo-conductuales para el tratamiento del TEPT**

Los enfoques de TCC básicamente se dirigen a los procesos cognitivos y de evitación.

### **Procesamiento cognitivo**

Las creencias erróneas (cogniciones) de una persona traumatizada sobre las causas y consecuencias del suceso traumático (por ejemplo, “Debería haber sabido que el coche no iba a parar cuando mi amigo estaba montando en bicicleta por la calle”) juegan un papel importante en socavar la recuperación natural del trauma. El procesamiento cognitivo se dirige a estas cogniciones desadaptativas y a los sentimientos negativos asociados con ellas, con el objetivo de lograr una evaluación más precisa de los acontecimientos, y de ese modo facilitar el progreso hacia la recuperación de la experiencia traumática.

### **Evitación**

El miedo y la evitación de recuerdos del evento traumático de un individuo traumatizado (por ejemplo, evitando la ubicación física donde se produjo), impiden la recuperación del trauma y la continuación del TEPT. La exposición consta de dos elementos, exposición en la imaginación al recuerdo traumático y exposición en vivo a situaciones relacionadas con el trauma. La exposición se lleva a cabo de manera gradual después de que el terapeuta y el paciente en colaboración desarrollen una jerarquía de la gravedad de este tipo de situaciones. La exposición sistemática tiene como objetivo reducir la reacción fisiológica y emocional angustiante evocada por los recuerdos traumáticos (“disparadores”), evitando de ese modo los comportamientos de evitación que mantienen los síntomas de TEPT.

Basándose en el hecho de que el TEPT está asociado con una mayor activación del sistema nervioso autónomo, datos recientes sugieren que medicamentos anti-adrenérgicos, incluyendo los bloqueadores de los receptores alfa- y beta-adrenérgicos, pueden ser útiles (Grupo de Gestión de Estrés Post-Traumático, 2010). Los resultados de los estudios abiertos realizados en niños sugieren que el bloqueador alfa-adrenérgico clonidina (Harmon y Riggs, 1996), y el bloqueador beta-adrenérgico propranolol (Famularo et al, 1988) podrían ser eficaces en el tratamiento de los síntomas de TEPT, aunque todavía se necesitan datos controlados aleatorios.

Los antipsicóticos de segunda generación han sido estudiados en adultos; una revisión sugiere que pueden tener un beneficio moderado (Ahearn y col, 2011). Sin embargo, hasta la fecha, ningún ensayo controlado apoya su uso en niños con trastorno de estrés postraumático y sus efectos secundarios son significativos.

Por último, se han realizado en adultos varios ensayos controlados con estabilizadores del ánimo antiepilépticos. En general, los resultados han sido mixtos. La lamotrigina puede tener algún beneficio (Hertzberg et al, 1999), pero el topiramato, la tiagabina, y el divalproex no han demostrado ser eficaces (por ejemplo, Tucker et al, 2007; Hamne et al, 2009). Los datos en niños son más limitados; hasta ahora sólo un ensayo aleatorio controlado ha demostrado cierta eficacia del valproato de sodio para los síntomas de TEPT en adolescentes con trastorno de conducta comórbidos (Steiner et al, 2007).

En resumen, aunque se han producido avances importantes en el tratamiento farmacológico de los adultos con trastorno de estrés postraumático, hasta la fecha no se dispone de datos que apoyen el uso de medicamentos psicotrópicos en el tratamiento de niños y adolescentes con este trastorno.

### ***Tratamientos psicoterapéuticos***

Los enfoques psicoterapéuticos más eficaces son los basados en principios cognitivo-conductuales, específicamente la exposición y remodelación de los procesos cognitivos. Tratamientos específicamente diseñados para niños y adolescentes empezaron a ser desarrollados hace 25 años. En estudios controlados aleatorios estos fueron más eficaces que el apoyo simple y que tratamientos no directivos (Gerson & Rappaport, 2013, Schneider et al, 2013).

El tratamiento mejor estudiado y más utilizado es la terapia cognitivo-conductual individual centrada en el trauma (TCC-CT) (Schneider et al, 2013). TCC-CT ha demostrado ser capaz de reducir síntomas del TEPT, la depresión relacionada con el trauma y de mejorar funcionamiento en una variedad de poblaciones, incluyendo niños y adolescentes traumatizados por abuso sexual, terrorismo, violencia doméstica y comunitaria, y la pérdida traumática (Kowalik et al, 2011; Cary y McMillen, 2012). Una adaptación ha sido probada en una muestra de niños de tres a seis años, con resultados positivos (Scheeringa et al, 2011a).

La TCC-CT, es limitada en el tiempo, y combina exposición, reestructuración cognitiva y habilidades de afrontamiento. Tiene 10 componentes: psicoeducación, habilidades parentales, técnicas de relajación, habilidades de regulación, habilidad cognitiva, narrativa del trauma, procesamiento de las distorsiones cognitivas, dominio in vivo de los factores desencadenantes, sesiones

con padres e hijos y habilidades para aumentar la seguridad de las futuras exposiciones. El tratamiento para preescolares se compone de 12 sesiones conjuntas con padres e hijos y utiliza el dibujo como una modalidad expresiva que permite identificar pensamientos y sentimientos y procesar la narrativa del trauma.

Al igual que en adultos, jóvenes con TEPT pueden tener problemas mentales comórbidos tales como abuso de sustancias, agresión, delincuencia y psicosis. La TCC-CT se puede combinar de manera efectiva con el tratamiento de abuso de sustancias para reducir los síntomas de TEPT (Cohen et al, 2006; 2010). No existen datos para guiar el tratamiento psicoterapéutico de niños o adolescentes con TEPT y trastornos de conducta, bipolar o psicótico comórbidos. Integración de los padres en el tratamiento de los niños más pequeños es esencial ya que una relación empática y emocionalmente en sintonía con los cuidadores primarios es esencial para que un niño se recupere del trauma (Lieberman et al, 2011).

Por último, aunque el mecanismo de acción no está claro, la desensibilización y el reprocesamiento por el movimiento de los ojos (EMDR) ha demostrado ser eficaz para el TEPT en adultos. Integra elementos de terapia psicodinámica, cognitivo-conductual, cognitiva, interpersonal, sistémica y terapias corporales, así como estimulación cerebral bilateral (p.e, el movimientos de los ojos). La literatura sugiere que la EMDR es eficaz en adultos con TEPT (Bisson y col, 2007). En jóvenes, la evidencia no es tan fuerte como lo es para la TCC (Gillies et al, 2012).

## CONCLUSIÓN

Desde la introducción formal del diagnóstico de TEPT en niños en 1981, la investigación ha aumentado el conocimiento de los factores de riesgo, la fenomenología, la neurobiología, la prevención y el tratamiento. Ahora se acepta que el TEPT es un trastorno frecuente en los jóvenes que causa mucha angustia y discapacidad.

A pesar de los avances en el tratamiento, en particular el enfoque cognitivo conductual, el estigma y la evitación asociados al TEPT, así como la dependencia de los niños de sus padres a la hora de

### Componentes de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma

- **Psicoeducación**

Información sobre síntomas, reacciones emocionales y conductuales comunes al tipo de trauma experimentado, la relación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos, tratamiento actual y estrategias para controlar los síntomas actuales.

- **Habilidades de los padres**

La enseñanza a los cuidadores del uso efectivo de la alabanza, la atención selectiva, el tiempo de espera, y cuadros de refuerzo.

- **Habilidades de relajación**

Se centra en la respiración, la relajación muscular progresiva, imágenes positivas, y la actividad aeróbica.

- **Regulación del afecto**

Objetivo: ayudar a los jóvenes a identificar sus sentimientos de manera efectiva a través de actividades como gráficos o juegos, y luego ayudarles a desarrollar una mayor regulación de los sentimientos a través de habilidades como: interrupción del pensamiento, imágenes positivas, auto-instrucciones positivas, resolución de problemas y habilidades sociales.

- **Habilidades de afrontamiento cognitivas**

Entrenamiento sobre “conversación interna”, la relación entre cognición, sentimientos y comportamiento, y ayudar a crear alternativas, pensamientos más realistas para abordar las creencias incorrectas sobre el evento traumático, (por ejemplo, si hubiera ido al parque con mi hermano, podría haber parado el coche que lo atropello).

- **Narrativa del trauma**

Objetivo: crear una comprensión más consistente y coherente de la experiencia traumática a través de la exposición gradual a los recuerdos traumáticos a través de la lectura, la escritura y las modalidades expresivas, lo que lleva a una disminución de los síntomas; la narración es compartida con los padres como fuente de exposición y mejora de la relación entre el padre y el niño

- **Procesamiento de las distorsiones cognitivas**

Pretende mejorar procesamiento y corregir los pensamientos erróneos y poco útiles en la narrativa del trauma.

- **Control en vivo de los desencadenantes del trauma**

Objetivo: hacer frente a la ansiedad y la evitación desarrolladas como respuesta protectora a un trauma a través de la exposición gradual a las situaciones mismas.

- **Sesiones con padres e hijos**

Aumentar la comodidad con que se discuten las experiencias traumáticas con los padres a través de sesiones conjuntas. Después del procesamiento cognitivo y si las habilidades de afrontamiento han sido dominadas.

- **Aumento de la seguridad para el futuro**

Mejorar la preparación y autoeficacia para enfrentarse a situaciones con riesgo (p.e, cómo comunicarse con los adultos acerca de experiencias aterradoras o confusas; prestar atención a las “reacciones viscerales”; identificar a los adultos en los que se puede confiar; practicar cómo pedir ayuda).

buscar tratamiento es todavía un problema. En la mayoría de países, pero sobre todo en los de bajos ingresos, la falta de profesionales capacitados es otra barrera. Sin embargo, con un aumento en la investigación, las barreras actuales para el tratamiento se espera que disminuyan.

¿Tiene preguntas?

¿Comentarios?

Haga clic aquí para ir a la página del libro en Facebook para compartir sus puntos de vista sobre el capítulo, preguntar a los autores o al editor y hacer comentarios.

**POR FAVOR, VAYA AL APÉNDICE F.4.3  
PARA VER EJERCICIOS DE APRENDIZAJE  
AUTODIRIGIDOS Y PREGUNTAS DE  
AUTOEVALUACIÓN**



Muzaffarabad, Pakistán (1 Nov., 2005). 1er Teniente del Ejército de EE.UU, Tory Marcon, asignado a la unidad MASH 212°, ayuda un niño paquistaní a beber un batido de unas comidas listas para consumir (MRE) en Muzaffarabad, Pakistán. El niño tiene el tétanos y el batido es el único alimento que puede llegar a tragar debido a espasmos musculares. Los Estados Unidos estaban participando en un esfuerzo de asistencia y apoyo multinacional liderado por el Gobierno de Pakistán para llevar ayuda a las víctimas del devastador terremoto que sacudió la región el 8 de octubre de 2005. Armada de EE.UU. Foto Mate 2nd Class Eric S. Powell

## REFERENCES

- Ahearn EP, Juergens T, Cordes T et al. (2011) A review of atypical antipsychotic medications for posttraumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology* 26:193-200.
- Alisic E, Zalta AK, van Wesel F et al (2014). PTSD rates in trauma-exposed children and adolescents: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 204:335-340.
- Anderson CA, Hammen CL (1993). Psychosocial outcomes of children of unipolar depressed, bipolar, medically ill, and normal women: A longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61:448-454.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*. Arlington VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013). *Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Melbourne: ACPMH.
- Bailham D, Joseph S (2003). Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine* 8:159-168.
- Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF (1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *British Journal of Psychiatry* 166:525-528.
- Beiser M, Hyman I (1997). Refugees' time perspective and mental health. *American Journal of Psychiatry* 154:996-1002.
- Berkowitz SJ, Stover CS, Marans SR (2011). The Child and Family Traumatic Stress Intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52:676-685. Doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02321.x
- Birmes P, Bui E, Klein K et al (2010). Psychotraumatology in antiquity. *Stress & Health* 26:21-31. Doi: 10.1002/smi.1251
- Bisson JI, Ehlers A, Matthews R et al (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 190:97-104.
- Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD et al (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry* 55:626-632.
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68:748-766. Doi: 10.1037/0022-006X.68.5.748
- Briere J (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources 00253-8.
- Briere J (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Bruck M, Ceci SJ (1999). The suggestibility of children's memory. *Annual Review of Psychology* 50:419-439.
- Brunet A, Weiss DS, Metzler TJ et al (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry* 158:1480-1485.
- Bryant RA (2011). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry* 72:233-239.
- Bryant RA, Creamer M, O'donnell M et al (2009). A study of the protective function of acute morphine administration on subsequent posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry* 65:438-440.
- Bryant RA, Creamer M, O'donnell ML et al (2008). A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 69:923-929.
- Bryant RA, Salmon K, Sinclair E et al (2007). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in injured children. *Journal of Traumatic Stress* 20:1075-1079.
- Bui E, Brunet A, Allenou C et al (2010a). Peritraumatic reactions and posttraumatic stress symptoms in school-aged children victims of road traffic accident. *General Hospital Psychiatry* 32:330-333.
- Bui E, Brunet A, Olliac B et al (2011). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire and Peritraumatic Distress Inventory in school-aged victims of road traffic accidents. *European Psychiatry* 26:108-111.
- Bui E, Tremblay L, Brunet A et al (2010b). Course of posttraumatic stress symptoms over the 5 years following an industrial disaster: A structural equation modeling study. *Journal of Traumatic Stress* 23:759-766. Doi:10.1002/jts.20592
- Cary CE, Mcmillen JC (2012). The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review* 34:748-757.
- Catani C, Kohiladevy M, Ruf M et al (2009). Treating children traumatized by war and Tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry* 9:22.
- Chowdhury U, Pancha A (2011). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Community Practitioner* 84:33-35.
- Cohen JA, Bukstein O, Walter H et al (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 49:414-430.
- Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York, NY: Guilford Press.

- Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM et al (2007). A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46:811-819.
- Cox CM, Kenardy JA, Hendrikz JK (2010). A randomized controlled trial of a web-based early intervention for children and their parents following unintentional injury. *Journal of Pediatric Psychology* 35:581-592.
- Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth* 27:104-111.
- Dalgleish T, Meiser-Stedman R, Kassam-Adams N et al (2008). Predictive validity of acute stress disorder in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry* 192:392-393.
- Dyb G, Holen A, Braenne K et al (2003). Parent-child discrepancy in reporting children's post-traumatic stress reactions after a traffic accident. *Nordic Journal of Psychiatry* 57:339-344.
- Egger HL, Erkanli A, Keeler G et al (2006). Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 45:538-549.
- Ehnholt KA, Yule W (2006). Practitioner review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:1197-1210.
- Elklit A, Christiansen DM (2010). ASD and PTSD in rape victims. *Journal of Interpersonal Violence* 25:1470-1488.
- Famularo R, Kinscherff R, Fenton T (1988). Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type. A pilot study. *American Journal of Diseases of Children* 142: 1244-1247.
- Fletcher KE (1996a). Psychometric review of the Parent Report of Child's Reaction to Stress. In Stamm B (ed) *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Fletcher KE (1996b). Psychometric review of the When Bad Things Happen Scale (WBTH). In Stamm B (ed) *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Fletcher KE (1996c). Childhood posttraumatic stress disorder. In EJ Mash, RA Barkley (eds) *Child Psychopathology*. New York: The Guilford Press, pp. 242-276.
- Foa EB, Johnson KM, Feeny NC et al (2001). The child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 30:376-384.
- Gelpin E, Bonne O, Peri T et al (1996). Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: A prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry* 57:390-394.
- Gerson R, Rappaport N (2013). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: Recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. *Journal of Adolescent Health* 52:137-143.
- Gillies D, Taylor F, Gray C et al (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12:CD006726.
- Goutaudier N, Séjourné N, Rousset C et al (2012). Negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation and self-efficacy as predictors of postpartum posttraumatic stress symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 30:352-362.
- Guardia D, Brunet A, Duhamel A et al (2013). Prediction of trauma-related disorders: A proposed cutoff score for the peritraumatic distress inventory. *Primary Care Companion for CNS Disorders* 15(1):PCC.12l01406. Doi:10.4088/PCC.12l01406
- Hamner MB, Faldowski RA, Robert S et al (2009). A preliminary controlled trial of divalproex in posttraumatic stress disorder. *Annals of Clinical Psychiatry* 21:89-94.
- Harmon RJ, Riggs PD (1996). Clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 35:1247-1249.
- Hawkins SS, Radcliffe J (2006). Current measures of PTSD for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology* 31:420-430.
- Heptinstall E, Sethna V, Taylor E (2004). PTSD and depression in refugee children: Associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child & Adolescent Psychiatry* 13:373-380.
- Hertzberg MA, Butterfield MI, Feldman ME et al (1999). A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry* 45:1226-1229.
- Hinton DE, Kredlow MA, Pich V et al (2013). The relationship of PTSD to key somatic complaints and cultural syndromes among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic: The Cambodian Somatic Symptom and Syndrome Inventory (CSSI). *Transcultural Psychiatry* 50:347-370.
- Hoge EA, Worthington JJ, Nagurny JT et al. (2012). Effect of acute posttrauma propranolol on PTSD outcome and physiological responses during script-driven imagery. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 18:21-27.
- Holbrook TL, Galarneau MR, Dye JL et al (2010). Morphine use after combat injury in Iraq and post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine* 362:110-117.
- Jotzo M, Poets CF (2005). Helping parents cope with the trauma of premature birth: An evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics* 115:915-919.
- Kassam-Adams N, Winston FK (2004). Predicting child PTSD: The relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43:403-411.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O et al (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62:593-602.



- Kessler RC, Chiu WT, Demler O et al (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62:617-627.
- Koopman C, Classen C, Cardena E et al (1995). When disaster strikes, acute stress disorder may follow. *Journal of Traumatic Stress* 8:29-46.
- Kowalik J, Weller J, Venter J et al (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: A review and meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 42:405-413.
- Lieberman AF, Chu A, Van Horn P et al (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development and Psychopathology* 23:397-410.
- Management of Post-Traumatic Stress Working Group (2010). VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Post-Traumatic Stress. Washington (DC): Veterans Health Administration, Department of Defense.
- March S, De Young AC, Murray B et al (2012). Assessment of posttraumatic stress in children and adolescents. In G Beck and D Sloane (eds) *The Oxford Handbook of Traumatic Stress Disorders*. New York: Oxford University Press pp. 262-281.
- Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE et al (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry* 151:902-907.
- Mcfarlane AC, Van Hooff M (2009). Impact of childhood exposure to a natural disaster on adult mental health: 20-year longitudinal follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 195:142-148.
- Mckelvey RS, Webb JA (1995). Unaccompanied status as a risk factor in Vietnamese Amerasians. *Social Science & Medicine* 41:261-266.
- Mckibben JB, Bresnick MG, Askay SAW et al (2008). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective study of prevalence, course, and predictors in a sample with major burn injuries. *Journal of Burn Care Research* 29:22-35.
- Mclaughlin KA, Koenen KC, Hill ED et al (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52:815-830. Doi: 10.1016/j.jaac.2013.05.011
- Meiser-Stedman R, Smith P, Glucksman E et al (2007). Parent and child agreement for acute stress disorder, post-traumatic stress disorder and other psychopathology in a prospective study of children and adolescents exposed to single-event trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology* 35:191-201.
- Mellman TA, Bustamante V, David D et al (2002). Hypnotic medication in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry* 63:1183-1184.
- Mollica RF, Poole C, Son L et al (1997). Effects of war trauma on Cambodian refugee adolescents' functional health and mental health status. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36:1098-1106.
- Morgan L, Scourfield J, Williams D et al (2003). The Aberfan disaster: 33-year follow-up of survivors. *British Journal of Psychiatry* 182:532-336.
- Nader K, Kriegler J, Blake D et al (1996). *Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents for (DSM-IV) (CAPS-CA). Current and Lifetime Diagnostic Version, and Instruction Manual*. Los Angeles: National Center for PTSD and UCLA Trauma Psychiatry Program.
- Nader K, Pynoos R, Fairbanks L et al (1990). Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *American Journal of Psychiatry* 147:1526-1530.
- National Center for Study of Corporal Punishment and Alternatives in Schools (1992). *My Worst Experiences Survey*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Nugent NR, Christopher NC, Crow JP et al (2010). The efficacy of early propranolol administration at reducing PTSD symptoms in pediatric injury patients: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress* 23:282-287.
- O'Toole BI, Catts SV, Outram S et al (2009). The physical and mental health of Australian Vietnam veterans 3 decades after the war and its relation to military service, combat, and post-traumatic stress disorder. *American Journal of Epidemiology* 170:318-330.
- Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL et al (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 129:52-73. Doi: 10.1037/1942-9681.S.1.3
- Papadopoulous R (1999). Working with Bosnian medical evacuees and their families: Therapeutic dilemmas. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 4:107-120.
- Parfitt Y, Pike A, Ayers S (2013). Infant developmental outcomes: a family systems perspective. *Infant and Child Development*. Doi: 10.1002/icd.1830.
- Pierrehumbert B, Nicole A, Muller-Nix C et al (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: Implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal Edition* 88:F400-404. Doi: 10.1136/fn.88.5.F400
- Pitman RK, Sanders KM, Zusman RM et al (2002). Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biological Psychiatry* 51:189-192.
- Plutarch (1920). *Plutarch's Lives*, London: William Heinemann.
- Pynoos R, Rodriguez N, Steinberg A et al (1998). *The UCLA PTSD Reaction Index for DSM IV* (Revision 1). Los Angeles: UCLA Trauma Psychiatry Program.
- Reich W (2000). Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 39:59-66.
- Resick PA, Bovin MJ, Calloway AL et al (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress* 25: 241-251. Doi: 10.1002/jts.21699
- Ribbe D (1996). Psychometric review of Traumatic Event Screening Instrument for Children (TESI-C). In Stamm B (ed) *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Robb AS, Cueva JE, Sporn J et al (2010). Sertraline treatment of children and adolescents with posttraumatic stress

- disorder: A double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 20:463-471.
- Robert R, Tcheung WJ, Rosenberg L et al (2008). Treating thermally injured children suffering symptoms of acute stress with imipramine and fluoxetine: A randomized, double-blind study. *Burns* 34:919-928.
- Robertson E, Grace S, Wallington T et al (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital of Psychiatry* 26:289-295.
- Rose S, Bisson J, Churchill R et al (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Systematic Reviews* (2): CD000560. Doi: 10.1002/14651858.CD000560
- Rothbaum BO, Kearns MC, Price M et al (2012). Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biological Psychiatry* 72:957-963. Doi: 10.1016/j.biopsych.2012.06.002.
- Rutter J (2003). *Supporting Refugee Children in 21st Century Britain: A Compendium of Essential Information*. Stoke on Trent, UK: Trentham Books.
- Saigh PA, Yasik AE, Oberfield RA et al (2000). The Children's PTSD Inventory: Development and reliability. *Journal of Traumatic Stress* 13:369-380.
- Saxe G, Chawla N, Stoddard F et al (2003). Child Stress Disorders Checklist: A measure of ASD and PTSD in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42:972-978.
- Saxe G, Stoddard F, Courtney D et al (2001). Relationship between acute morphine and the course of PTSD in children with burns. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40:915-921.
- Schechter DS, Zeanah CH, Jr., Myers MM et al (2004). Psychobiological dysregulation in violence-exposed mothers: Salivary cortisol of mothers with very young children pre- and post-separation stress. *Bulletin of the Menninger Clinic* 68:319-336.
- Scheeringa MS, Haslett N (2010). The reliability and criterion validity of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment: A new diagnostic instrument for young children. *Child Psychiatry and Human Development* 41:299-312.
- Scheeringa MS, Peebles CD, Cook CA et al (2001a). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40:52-60.
- Scheeringa MS, Weems CF, Cohen JA et al (2011b). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: A randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52:853-860. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x
- Scheeringa MS, Wright MJ, Hunt JP et al (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 163:644-651.
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Cohen JA (2011b). PTSD in children and adolescents: Toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety* 28:770-782.
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L et al (2004). Heart period and variability findings in preschool children with posttraumatic stress symptoms. *Biological Psychiatry* 55:685-691. Doi:10.1016/j.biopsych.2004.01.006
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L et al (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42:561-570.
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L et al (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 44:899-906.
- Schneider SJ, Grilli SE, Schneider JR (2013). Evidence-based treatments for traumatized children and adolescents. *Current Psychiatry Reports* 15:332.
- Shemesh E, Newcorn JH, Rockmore L et al (2005). Comparison of parent and child reports of emotional trauma symptoms in pediatric outpatient settings. *Pediatrics* 115:e582-589.
- Spiegel D, Koopman C, Cardeña E et al (1996). Dissociative symptoms in the diagnosis of acute stress disorder. In L K Michelson, W J Ray (eds). *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*. New York, NY: Plenum Press pp. 367-380.
- Stallard P, Velleman R, Salter E et al (2006). A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:127-134. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01459.x
- Steiner H, Saxena KS, Carrion V et al (2007). Divalproex sodium for the treatment of PTSD and conduct disorder youth: A pilot randomized controlled clinical trial. *Child Psychiatry and Human Development* 38:183-193.
- Stoddard FJ Jr, Luthra R, Sorrentino EA et al (2011). A randomized controlled trial of sertraline to prevent posttraumatic stress disorder in burned children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 21:469-477. Doi:10.1089/cap.2010.0133.
- Stoddard FJ, Jr., Sorrentino EA, Ceranoglu TA et al (2009). Preliminary evidence for the effects of morphine on posttraumatic stress disorder symptoms in one- to four-year-olds with burns. *Journal of Burn Care & Research* 30:836-843.
- Stoddard FJ, Simon NM, Pitman RK (in press). Trauma- and stressor-related disorders. In: Hales RE, Yudofsky S, Roberts L (eds) *American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Sixth Edition*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Terr LC (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry* 148:10-20.
- Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R et al (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review* 32:122-138.

- Tucker P, Trautman RP, Wyatt DB et al (2007). Efficacy and safety of topiramate monotherapy in civilian posttraumatic stress disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry* 68:201-206.
- Vaiva G, Ducrocq F, Jezequel K et al (2003). Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biological Psychiatry* 54:947-949.
- van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM et al (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *Lancet* 360:766-771. Doi: 10.1016/S0140-6736(02)09897-5
- van Son M, Verkerk G, van der Hart O et al (2005). Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of postpartum posttraumatic stress: An empirical study. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 12:297-312.
- Wang CW, Chan CL, Ho RT (2013). Prevalence and trajectory of psychopathology among child and adolescent survivors of disasters: A systematic review of epidemiological studies across 1987-2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48:1697-1720. Doi: 10.1007/s00127-013-0731-x
- Wolfe VV, Gentile C, Michienzi T et al (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale: A measure of post-sexual abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment* 13:359-383.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Yasan A, Guzel A, Tamam Y et al (2009). Predictive factors for acute stress disorder and posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Psychopathology* 42:236-241.
- Yule W, Bolton D, Udwin O et al (2000). The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I: The incidence and course of PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41:503-511. Doi: 10.1111/1469-710.00635
- Zehnder D, Meuli M, Landolt MA (2010). Effectiveness of a single-session early psychological intervention for children after road traffic accidents: A randomised controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 4:7.
-

# Apéndice F.4.1

## INVENTARIO DE CUIDADOS PERITRAUMÁTICOS EN EL NIÑO\*

Por favor, complete las siguientes oraciones marcando (✓) en las cajas correspondientes como a lo mejor se sintió durante o inmediatamente después del evento que le llevó al hospital. Si la sentencia no se aplica a cómo se sintió, marque la casilla “nada cierto.”

	Nada cierto	Poco cierto	Algo cierto	Muy cierto	Del todo cierto
1. Me sentía impotente, abrumado	0	1	2	3	4
2. Sentí tristeza y dolor	0	1	2	3	4
3. Me sentía frustrado o enfadado porque no podía hacer nada más	0	1	2	3	4
4. Sentí miedo por mi seguridad	0	1	2	3	4
5. Me sentía culpable	0	1	2	3	4
6. Me sentía culpable de mis emociones, de la manera en que me sentía	0	1	2	3	4
7. Me preocupaba la seguridad del resto (mis padres, hermanos, amigos...)	0	1	2	3	4
8. Tenía la sensación de que estaba a punto de perder el control de mis emociones, de controlar lo que estaba sintiendo	0	1	2	3	4
9. Me sentía como que tenía que orinar, o defecar	0	1	2	3	4
10. Estaba aterrado, asustado	0	1	2	3	4
11. Sudé, temblé y mi corazón palpitaba o iba muy rápido	0	1	2	3	4
12. 12. sentí que me podía desmayar	0	1	2	3	4
13. 13. pensé que podría morir	0	1	2	3	4

\*Ligeramente modificado; con el permiso del Dr. Alain Brunet; <http://www.info-trauma.org/flash/media-e/triageToolkit.pdf>. La puntuación total se calcula mediante la suma de calificaciones para todos los elementos. Las puntuaciones más altas indican un mayor riesgo de trastorno de estrés postraumático. En los adultos, una puntuación <7 indica que no hay necesidad de un seguimiento; una puntuación > 28 indica la atención inmediata y el seguimiento es necesario; una puntuación de entre 7 y 28 implica seguimiento después de unas semanas (Guardia et al, 2013). Bui et al (2011) proporciona más datos psicométricos.

## Apéndice F.4.2

### CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS PERITRAUMÁTICAS

#### DISOCIATIVAS - NIÑOS \*

Gracias por responder a las siguientes preguntas marcando (✓) en la respuesta que mejor describe lo que le sucedió y cómo se sintió durante \_\_\_\_\_ y justo después de ella. Si una pregunta no se aplica a lo que le pasó a usted, por favor marque "No es cierto en absoluto".

1. A veces, perdía la pista de lo que estaba pasando a mi alrededor. Me sentía desconectado, en blanco o distanciado y no me sentía parte de lo que estaba pasando

1	2	3	4	5
Nada cierto	Poco cierto	Algo cierto	Muy cierto	Del todo cierto

2. Me sentía como en piloto automático y terminé haciendo cosas que no había decidido hacer.

1	2	3	4	5
Nada cierto	Poco cierto	Algo cierto	Muy cierto	Del todo cierto

3. Mi sentido del tiempo se había cambiado, como si las cosas estuvieran pasando a cámara lenta.

1	2	3	4	5
Nada cierto	Poco cierto	Algo cierto	Muy cierto	Del todo cierto

4. ¿Lo que pasó parecía irreal, como si estuviera en un sueño, como si estuviera viendo una película, o como si estuviera en una película?

1	2	3	4	5
Nada cierto	Poco cierto	Algo cierto	Muy cierto	Del todo cierto

5. Me sentía como si fuera un espectador, como si estuviera viendo desde arriba lo que me estaba pasando, como si estuviera observando desde fuera.

1	2	3	4	5
Nada cierto	Poco cierto	Algo cierto	Muy cierto	Del todo cierto

6. Había momentos en los que me di cuenta de que mi cuerpo estaba deformado o alterado. Me sentí desconectado de mi propio cuerpo o parecía más grande o más pequeño de lo habitual.

1	2	3	4	5
Nada cierto	Poco cierto	Algo cierto	Muy cierto	Del todo cierto

7. Sentía que las cosas que sucedían a los demás también me pasaban a mí como, por ejemplo, la sensación de peligro mientras yo no estaba realmente en peligro.

1	2	3	4	5
Nada cierto	Poco cierto	Algo cierto	Muy cierto	Del todo cierto

8. Me sorprendió darme cuenta después de que no había sido consciente de una gran cantidad de cosas que sucedieron, especialmente las cosas que normalmente me habría dado cuenta.

1	2	3	4	5
Nada cierto	Poco cierto	Algo cierto	Muy cierto	Del todo cierto

9. Estaba desorientado, esto es, a veces, yo no estaba seguro acerca de dónde estaba ni qué hora era.

1	2	3	4	5
Nada cierto	Poco cierto	Algo cierto	Muy cierto	Del todo cierto

\*Ligeramente modificado; con el permiso del Dr Alain Brunet <http://www.info-trauma.org/flash/media-e/triageToolkit.pdf>. La puntuación total se calcula sumando todos los elementos. Puntuaciones elevadas indican un mayor riesgo de trastorno de estrés postraumático. Bui et al (2011) proporciona más datos psicométricos.

## Apéndice F.4.3

### EJERCICIOS AUTODIRIGIDOS Y AUTOEVALUACIÓN

- Entreviste a un niño o adolescente que haya estado expuesto a un acontecimiento traumático psicológicamente.
- Escriba una carta al médico de familia o agente de referencia que resuma el caso anterior (formulación), incluyendo un diagnóstico provisional y un plan de gestión (según el Capítulo A.10).
- ¿Cuáles son las diferencias en los criterios de diagnóstico entre el TEPT y TEA? (para la respuesta, consulte la tabla F.4.1)
- Escriba un breve ensayo acerca de los factores que aumentan la probabilidad de TEPT en niños refugiados (para la respuesta, consulte la página 12).
- Haga una lista de los 5 grupos de síntomas que se pueden encontrar en los individuos que han experimentado un acontecimiento traumático (para la respuesta, véase la Tabla.4.1)
- Enumere algunos de los componentes de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (para la respuesta, véase el recuadro en la página 21).

**MCQ F.4.1** *¿Cuál es la primera línea de tratamiento para el trastorno de estrés postraumático en niños?*

1. informe sobre incidentes críticos
2. Los antidepresivos tricíclicos
3. Los ISRS
4. Los bloqueadores beta
5. Terapia cognitivo conductual centrada en el trauma

**MCQ F.4.2** *¿Cuál de las respuestas siguientes es cierta con respecto al trastorno de estrés postraumático en los niños menores de 6 años?*

1. Se produce sólo después de 6 meses o más después del trauma
2. Implica la sensación de un futuro acortado
3. Experimentar la situación repetidamente (p.e, el juego repetitivo) puede no ser molesto para el niño
4. Raramente implica pesadillas del trauma
5. Implica comportamientos autodestructivos

**MCQ F.4.3** *¿Cuál de los tratamientos que se enumeran y que se administra justo después del trauma se ha encontrado que reduce el desarrollo de TEPT?*

1. Informe sobre incidentes críticos
2. Benzodiazepinas
3. Los primeros auxilios psicológicos
4. Valproato de sodio
5. Intervención de exposición iniciada en el departamento de emergencias

**MCQ F.4.4** *El informe sobre incidentes críticos para las víctimas de un suceso traumático:*

1. No debe ser realizado de forma sistemática
2. Debe ser realizado, pero sólo en casos de eventos traumáticos muy severos
3. Realizarlo, sólo por personal capacitado
4. Realizarlo, pero sólo para las personas expuestas a eventos traumáticos repetidos
5. Realizarlo, en todos los casos.

## RESPUESTAS AL MCQS

- MCQ F.4.1 Respuesta: 1 (ver página 19).
- MCQ F.4.2 Respuesta: 3 (a diferencia de los adultos, volver a experimentar el evento puede no ser angustiante en niños menores de 6 años).
- MCQ F.4.3 Respuesta: 5. Los datos recientes sugieren que una sesión de exposición iniciada en el servicio de urgencias 12 horas después de un evento traumático puede ser útil en la disminución de las tasas de trastorno de estrés postraumático entre los adultos (Rothbaum et al, 2012), sin embargo, ningún estudio está aún disponible en niños y adolescentes (página 16).
- MCQ F.4.4 Respuesta: 1. El informe sobre incidentes críticos, que requiere que los individuos relaten los detalles del trauma, a veces en un grupo, se ha encontrado que proporciona muy poco o ningún beneficio (Australian Centre for postraumático Salud Mental, 2013). Algunos datos en adultos sugieren que el grupo de interrogatorio aumenta la sintomatología TEPT e incluso puede aumentar las tasas de trastorno de estrés postraumático (Rose et al, 2002; van Emmerik et al, 2002). Los datos de dos ensayos controlados aleatorios entre los niños revelaron que el interrogatorio no fue superior a la atención habitual en la reducción de las tasas de trastorno de estrés postraumático u otros resultados negativos incluyendo los problemas de conducta, la depresión o la ansiedad (Stallard et al, 2006; Zehnder et al, 2010). Así, mientras que a los niños y adolescentes en peligro o que buscan asistencia se les debe ofrecer la oportunidad para ventilar de forma individual sobre el trauma si desean hacerlo, el interrogatorio no solicitado (en particular en un entorno de grupo) no es recomendable.