

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS: UNA REVISIÓN

Michael A. de Arellano¹, Ana J. Bridges², Melba A. Hernández³,
Kenneth J. Ruggiero⁴, Desi Vásquez⁴, Ron Acierno⁴ y Carla K. Danielson⁴

¹Medical University of South Carolina (USA); ²University of Arkansas (USA);
³Universidad Simón Bolívar (Venezuela); ⁴Medical University of South Carolina (USA)

Resumen

La psicología clínica infantil se ha orientado cada vez más hacia cómo evaluar la ocurrencia e impacto de eventos traumáticos en niños, con el propósito específico de desarrollar técnicas terapéuticas eficaces y eficientes para ayudarles a manejar las secuelas de tales eventos. Este trabajo es una revisión general de la literatura psicológica sobre el trauma en la infancia. Nos centramos en asuntos de importancia para los clínicos que trabajan directamente con estos niños y sus familias, tales como: ¿cuántos niños experimentan eventos traumáticos?, ¿cuáles son los tipos de trauma que experimentan con más frecuencia?, ¿cómo deberían ser evaluados el trauma infantil y sus consecuencias en la práctica clínica?, ¿cuáles son las intervenciones terapéuticas disponibles?, ¿qué información se requiere y cuáles son los retos que hay que afrontar? A lo largo de este trabajo, consideraremos factores biológicos, individuales y culturales y prestaremos particular atención a cómo las innovaciones en la tecnología y la comunicación son una promesa en este campo.

PALABRAS CLAVE: *TEPT, niños, trauma, evaluación, terapia.*

Abstract

The field of child clinical psychology has increasingly focused on how to assess the occurrence and impact of traumatic events on children with the explicit goal of determining effective and efficient therapeutic techniques for helping children manage the sequelae of such events. This paper provides an overview of the psychological literature in childhood trauma. We address important questions most pertinent to clinicians working with children and families: How many children

Correspondencia: Michael A. de Arellano, National Crime Victims Research and Treatment Center, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina, 165 Cannon Street, MSC 852, Charleston, SC 29425 (USA). E-mail: dearelma@musc.edu

experience traumatic events? What types of trauma do children most often experience? How should childhood trauma and related outcomes be assessed in clinical practice? What therapeutic interventions are available? What information is yet needed and what challenges do we face? Throughout, we consider biological, individual, and cultural factors and pay particular attention to how innovations in technology and communications hold promise for this field.

KEY WORDS: *PTSD, children, trauma, assessment, therapy.*

Introducción

Desde hace más de 30 años, cuando se introdujo la definición del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III; *American Psychiatric Association [APA], 1980*), la cantidad de estudios sobre su manifestación, evolución y tratamiento se ha multiplicado. Aunque las investigaciones iniciales en TEPT se enfocaron en el estudio del trauma vivido por veteranos de guerra y adultos civiles (p. ej., casos de violación), se ha ido generando una significativa producción de trabajos científicos sobre el TEPT en niños. Este proceso no sólo ha aumentando el conocimiento en dicho ámbito sino que también ha puesto en evidencia la gran necesidad de implementar intervenciones eficaces.

Aún cuando el campo de la salud mental ha avanzado hacia un consenso con respecto a las técnicas de evaluación estandarizadas y de las estrategias de tratamiento para el TEPT en adultos (Foa, Dancu *et al.*, 1999), a la fecha son pocos los esfuerzos que se han emprendido en el caso de los niños. A pesar de estas limitaciones, varios protocolos han sido desarrollados para evaluar tanto el trauma como la eficacia de intervenciones terapéuticas en casos de trauma, y sus consecuencias. En este trabajo intentamos recopilar, de una forma útil para los profesionales de la salud mental, los hallazgos de estudios investigativos sobre trauma en la infancia. Primero, proporcionaremos información básica con respecto a la prevalencia de los eventos traumáticos y el TEPT en niños. Segundo, revisaremos numerosos instrumentos adaptados para la evaluación clínica del trauma infantil y el TEPT. Tercero, resumiremos pruebas empíricas de diversas técnicas de intervención dirigidas a tratar las consecuencias relacionadas con el trauma, tanto en los niños como en sus familias. Finalmente, discutiremos los retos aún por enfrentar y daremos sugerencias para caminos fructíferos en la evaluación y tratamiento de TEPT en niños. No sólo consideraremos factores biológicos, individuales y culturales, sino que también prestaremos particular atención al aporte de innovaciones tecnológicas y de comunicación en este campo.

Según el DSM-IV, el TEPT es un trastorno que se desarrolla luego de que una persona es expuesta a un evento traumático que “involucra una muerte real o amenaza de muerte, lesiones serias o amenaza a la integridad física propia o de otros” y que se caracteriza por una respuesta de “intenso miedo, impotencia o terror” (APA, 1994, pp. 427-428). El trastorno involucra, después de la exposición a un evento traumático, la reviviscencia no deseada del trauma en diversas mane-

ras, evitar persistentemente toda estimulación asociada con el trauma, así como una paralización general de la respuesta emocional. Estos síntomas deben presentarse por más de un mes y causar angustia o discapacidad (APA, 2000, p. 468).

Exposición al trauma en niños

Estudios sobre la prevalencia de la exposición al trauma sugieren que muchos niños y adolescentes experimentan al menos un evento potencialmente traumático antes de llegar a los 18 años. Por ejemplo, más del 70% de los adolescentes han vivido o presenciado directa o indirectamente algún tipo de violencia interpersonal grave (p. ej., abusos físicos, abuso sexual o violencia doméstica), u otros eventos traumáticos, como desastres naturales (Copeland, Keeler, Angold y Costello, 2007). Como parte de la "Encuesta nacional de adolescentes" (*National Survey of Adolescents*, NSA), Kilpatrick *et al.* (1999, 2003) reunieron información mediante un programa de llamadas telefónicas aleatorias, en una muestra epidemiológica representativa de la población de los Estados Unidos, en el cual participaron 4023 niños de edades entre 12 a 17 años. En este estudio se definió el tipo de violencia a que los niños fueron expuestos y si hubo algún trastorno posterior al evento traumático. Los resultados indican que el 13% de las mujeres y el 3,4% de los varones experimentaron algún tipo de agresión sexual. En conjunto, la tasa de agresión sexual fue de 8,1%.

En esta encuesta, la conducta definida como "agresión física" incluía ataque o amenaza con un arma, heridas graves por golpes, intento de asesinato o heridas graves. Los resultados indicaron que los hombres jóvenes presentaban mayores tasas de agresión física que las mujeres (21,3% vs. 13,4% con una tasa global de 17,4%). Al considerarse el castigo físico abusivo, se agrega un 9,4% más al número total de víctimas. Finalmente, el presenciar o ser testigo de un hecho violento también fue evaluado, incluyendo el haber visto a alguien ser herido por arma de fuego u objeto punzante, agresión sexual, asalto, robo o amenaza con un arma. En este caso, el 43% de los adolescentes varones y el 35% de las mujeres adolescentes informaron haber sido testigos de alguna forma de violencia (Acierno *et al.*, 2000; Crouch, Hanson, Saunders, Kilpatrick y Resnick, 2000; Kilpatrick *et al.*, 2000).

Prevalencia de TEPT en niños

Los niños y adolescentes que experimentan eventos traumáticos son considerados una población de alto riesgo debido a las graves consecuencias negativas asociadas con exposición al trauma, desde TEPT y otros trastornos de ansiedad, problemas de conducta, depresión, etc. hasta abuso de sustancias y conductas de riesgo para la salud (en Boney-McCoy y Finkelhor, 1996; Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Kilpatrick *et al.*, 2003; Neumann *et al.*, 1996). Para determinar la prevalencia del TEPT, las mejores estimaciones provienen de estudios epidemiológicos aleatorios. Desafortunadamente, estos estudios rara vez se llevan a

cabo con niños y adolescentes. Dos notables excepciones son el "Estudio nacional de comorbilidad" (*National Comorbidity Study*, NCS; Kessler *et al.*, 1995), que incluyó algunos adolescentes y la NSA (Kilpatrick *et al.*, 2003). Los encuestados de la cohorte más joven del NCS, de 15-24 años de edad, presentaron una prevalencia de TEPT de 10,4% para las mujeres y 5,0% para hombres (Kessler *et al.*, 1995). Sin embargo, debido a que los participantes adolescentes constituían sólo el 33,9% de la cohorte de 15-24 años de edad, estos resultados no pueden generalizarse a toda la población de adolescentes. En la NSA, en la cual participaron adolescentes exclusivamente, los investigadores hallaron una prevalencia de seis meses de TEPT de 3,7% en varones y 6,3% en mujeres (Kilpatrick *et al.*, 2003), y proyecciones en el futuro de 6,2% para varones y 10,1% para mujeres (Acierno *et al.*, 2000).

En muestras no epidemiológicas seleccionadas al azar, se han encontrado síntomas de TEPT por períodos prolongados de hasta 12-18 meses luego de la exposición al evento traumático en un 30-40% de los niños (Carrion, Weems y Rayy Reiss, 2002; Cook-Cottone, 2004; Evans y Oehler-Stinnett, 2006). Los índices de desarrollo de síntomas de TEPT parecen ser menores en niños expuestos a desastres naturales, que en niños expuestos a actos de violencia interpersonal, especialmente violencia física (Evans y Oehler-Stinnett, 2006; Norris, Friedman y Watson, 2002).

Kilpatrick *et al.* (2003) también hallaron que el TEPT presentaba comorbilidad con depresión mayor, y que los factores de riesgo para esta sintomatología combinada incluía: (a) género femenino (oportunidad relativa [*odds ratio*, OR]= 2,5 comparada con adolescentes masculinos); (b) historial de problemas de consumo de drogas en la familia (OR = 2,0 vs. adolescentes sin historia de abuso de drogas en la familia); y (c) violencia presenciada (OR= 2,9 vs. violencia no presenciada), agresión sexual (OR= 2,4 vs. no agresión sexual) y agresión física (OR = 2,8 vs. no agresión física).

Dado que la investigación en niños de los Estados Unidos sugiere que las tasas de riesgo por exposición al trauma difieren en diferentes grupos culturales (Finkelhor, Ormond, Turner y Hamby, 2005; Kilpatrick *et al.*, 2003), no es sorprendente que los resultados también muestren tasas diferenciales en relación con las consecuencias negativas resultantes del trauma (La Greca, Silverman, Vernberg y Prinstein, 1996; La Greca, Silverman y Wasserstein, 1998; Moisan, Sanders-Phillips y Moisan, 1997; Sanders-Phillips, Moisan, Wadlington, Morgan y English, 1995). Es así como se halló, en una muestra de niños de origen hispano residentes de la región sureste de los Estados Unidos, que el 8,8% de los niños cumplía con los criterios de TEPT (de Arellano, Danielson, Rheingold y Bridges, 2006). En la NSA, en jóvenes de origen hispano y negros se observaron tasas de 11,6% y 11,0%, respectivamente, mientras que en niños blancos, nativo-americanos y asiáticos las tasas fueron de 7,3%, 7,1%, y 6,5%, respectivamente (Kilpatrick *et al.*, 2000).

Otros estudios han confirmado que los niños de origen hispano y de raza negra están en mayor riesgo de desarrollar TEPT (La Greca *et al.*, 1996). Sin embargo, no está claro si otros factores asociados con la etnicidad, como el estatus socioeconómico, juegan un rol importante al resultar en una mayor exposición a situaciones traumáticas, y por ende aumentando el riesgo de TEPT.

Algunos estudios han informado que tanto las mujeres como los grupos étnicos minoritarios, en particular la comunidad Latina residente en los Estados Unidos, muestran más síntomas de TEPT que otros grupos (Evans, 2006; Kulka *et al.*, 1990; Norris, Perilla y Murphy, 2001; Pole, Gone y Kulkarni, 2008; Pole, Best, Metzler y Marmar, 2005; Pole *et al.*, 2001; Rosenheck y Fontana, 1996); sin embargo los latinos parecen tener menor prevalencia de otros trastornos, como ansiedad (Kessler *et al.*, 2005; Robins y Regier, 1991; Zhang y Snowden, 1999; Adams y Boscarino, 2006).

Diferencias en TEPT entre grupos de latinos y caucásicos pueden deberse a factores como la ubicación geográfica. Por ejemplo, los latinos de la zona centrocaribe (p. ej., Puerto Rico y República Dominicana) tienden a presentar mayores instancias de TEPT que los mejicanos (Ortega y Rosenheck, 2000; Wilcox, Briones y Suess, 1991). También, diferencias en incidencia de TEPT pueden ser resultado de la extensión del proceso de aculturación (adaptación a otra cultura) en diferentes poblaciones. Los resultados obtenidos en diferentes estudios no son del todo concluyentes y en algunos casos parecieran ser contradictorios (Escobar *et al.* 1983; Perilla, Norris y Lavizzo, 2002; Ortega y Rosenheck, 2000).

El estilo de afrontamiento y las respuestas emocionales peri-traumáticas también contribuyen a explicar las diferencias en las tasas de TEPT en grupos étnicos o raciales. Por ejemplo, los latinos tienden a responder a eventos traumáticos con niveles elevados de creencias fatalistas (Perilla *et al.*, 2002), lo que aumenta la autocritica y la culpa excesiva (Pole *et al.*, 2008). Asimismo, respuestas emocionales durante la situación traumática como la disociación, que tienden a ser más comunes en la cultura Latinoamericana, están asociadas con niveles elevados en los síntomas de TEPT (Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003; Escobar, 1995). Por su parte, Marshall y Orlando (2002) encontraron una correlación positiva entre adherencia a los valores latinos tradicionales y las respuestas disociativas a eventos traumáticos. De esta manera, los sentimientos asociados con estilos atribucionales específicos, al igual que los síntomas disociativos, podrían contribuir a la etiología de TEPT en adultos; aún no existen suficientes datos para determinar si lo mismo ocurre en niños y adolescentes.

Factores protectores y de riesgo de TEPT

Ciertas características de las experiencias traumáticas, tales como la gravedad y proximidad al evento traumático, están asociadas con un alto riesgo de TEPT (Pfefferbaum, 1997). Las personas que experimentan múltiples eventos traumáticos, como haber sido víctima de robo durante un desastre natural o para quienes el evento traumático se prolonga en el tiempo, como por ejemplo, abuso sexual continuo, corren mayor riesgo de desarrollar TEPT. Tales hallazgos sugieren que los efectos de la exposición traumática pueden ser acumulativos y dependen tanto de la gravedad como de la frecuencia de la exposición (Allwood, Bell-Dolan y Husain, 2002; Bremner *et al.*, 1992; Breslau, Chilcoat, Kessler y Davis, 1999; Cooley-Quill, Boyd, Frantz y Walsh, 2001; Dancu, Riggs, Hearst-Ikeda, Shoyer y Foa, 1996; Follette, Polusny, Bechtle y Naugle, 1996).

Para poder comprender el TEPT en niños y adolescentes es de gran importancia que se incentive la investigación sobre la relación entre las respuestas emocionales de personas jóvenes durante los eventos traumáticos y el desarrollo de futura sintomatología de TEPT (ver Pfefferbaum *et al.*, 2003). Numerosos estudios han examinado las relaciones entre el desarrollo de sintomatología de TEPT con las reacciones depresivas (Milgram, Toubiana, Klingman y Goldman, 1988), el estilo atribucional (Feiring, Taska y Chen, 2002), la disociación (Grieger, Fullerton y Ursano, 2003; Simeon, Greenberg, Knutelska, Schmeidler y Hollander, 2003), los sentimientos de culpa y vergüenza (Feiring *et al.*, 2002; Terr, 1984; Zimrin, 1986), miedo, tensión, desesperanza, terror e impotencia (Bernat, Ronfeldt, Calhoun y Arias, 1998; Brewin, Andrews y Rose, 2000; Milgram *et al.*, 1988; Pynoos *et al.*, 1987; Wohl y Kaufman, 1985; Zimrin, 1986), la hiperexcitación percibida (Nugent, Christopher y Delahanty, 2006) y el pánico (Galea *et al.*, 2002; Galea *et al.*, 2003).

Otro de los factores de importancia en el desarrollo de TEPT en niños, se relaciona con la respuesta de los padres al trauma de los niños (Dyregov, 1993; Dyregov y Yule, 2006; Harley y Reese, 1999; Salmon y Bryant, 2002, citados en Dyregov y Yule, 2006). La disponibilidad emocional y fomentar en los niños el hablar acerca de sus experiencias traumáticas, tienden a reducir el grado de tensión luego de la victimización (Kliewer, Lepore, Oskin y Johnson, 1998; McCart *et al.*, 2007; Overstreet, Dempsey, Graham y Moely, 1999). Específicamente, cuando los padres muestran compasión, validando el relato del niño acerca de los eventos traumáticos y tomando acciones apropiadas para protegerlo, se observa una notable reducción del riesgo de desarrollar el TEPT. Por el contrario, la presencia de factores negativos en el núcleo familiar indudablemente conduce al empeoramiento del trauma y por ende, exacerba los síntomas de TEPT (Cicchetti y Lynch, 1993). Por ejemplo, el abuso de sustancias psicotrópicas o de alcohol por parte de los padres, presencia de criminalidad, divorcio y/o separación de los padres o la pérdida física de uno de los padres a temprana edad, son algunos de los factores más comunes hallados en niños con TEPT (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Wasserstein y La Greca, 1998; Widom, Weiler y Cottler, 1999). Graham-Berman, De Voe, Mattis, Lynch y Thomas (2006) observaron que en los niños, los mejores predictores en el diagnóstico de TEPT estaban relacionados con el estado de salud mental de la madre, la autoestima del niño y los ingresos familiares. El caos y la desorganización en el grupo familiar están ligados a una considerable disminución en la capacidad de los padres de ejercer su rol; esto a su vez puede aumentar la exposición del niño a eventos traumáticos y el posterior desarrollo de una psicopatología (Patterson y Capaldi, 1991; Patterson y Dishion, 1988). Por ejemplo, Hanson *et al.* (2005) hallaron que el abuso de sustancias en el grupo familiar o que el niño viva sin sus padres aumenta en gran medida la exposición a violencia dentro y fuera del grupo familiar.

Igualmente, aunque hay estudios que citan la predisposición genética como un factor importante en el TEPT, estos resultados son inconsistentes (Broekman, Olf y Boer, 2006; Fu *et al.*, 2007; Galea *et al.*, 2006). Algunos neurotransmisores como la serotonina y sus transportadores se han asociado como factores de riesgo genéticos de TEPT (Kilpatrick *et al.*, 2007). El rol de la dopamina, norepinefrina, glucocorticoides y cortisol, así como el efecto del coeficiente intelectual del indi-

viduo en el desarrollo de TEPT han sido examinados (Koenen *et al.*, 2008; Lindley, Carlson y Benoit, 2004; Saltzman, Weems y Carrion, 2006). Así, las interacciones genético-ambientales podrían moderar o mediar el riesgo de desarrollar TEPT; pero estos estudios sufren de agudas limitaciones metodológicas que no han sido aún resueltas de forma definitiva.

Aunque la mayoría de los estudios se han realizado en adultos, algunos investigadores se han interesado en los factores protectores y otras variables situacionales que podrían asociarse a la resistencia (*resilience*) en niños. Estos factores van desde el apoyo social (Graham-Bermann *et al.*, 2006); hasta la paternidad/maternidad responsable y positiva a través de la cual se proporciona un apoyo emocional, control y observación adecuados (Gewirtz, Forgatchy Wieling, 2008; Saltzman *et al.* 2006). Bonanno, Galea, Bucciarelli y Vlahov (2007) hallaron en adultos que vivieron los ataques perpetrados el 11 de septiembre de 2001 en la ciudad de Nueva York, que la resistencia estaba correlacionada con factores como edad, sexo, grupo étnico, nivel educativo, experiencias traumáticas pasadas, vivencia de enfermedades crónicas y el apoyo social. Igualmente, Daining y DePanfilis (2007) indican que la edad y la percepción de pocos eventos estresantes asociados con la resistencia fueron elementos comunes en una muestra de jóvenes en el proceso de transición de vivir con sus padres a asumir responsabilidades de adulto. En jóvenes que viven en comunidades muy pobres y con casos de violencia crónica, factores como el apoyo de un miembro de la familia y de un externo al grupo familiar así como los valores espirituales estaban relacionados con resultados emocionales positivos (Jones, 2007). La investigación futura debe dirigirse a buscar correlaciones entre variables ecológicas y familiares y la resistencia luego de eventos traumáticos.

Evaluación del TEPT en niños

Tanto para la investigación como para el tratamiento clínico del TEPT es importante una evaluación precisa y minuciosa de la exposición al trauma y de los problemas relacionados con él. Esta evaluación debe incluir: a) recogida de información considerando la posibilidad de múltiples traumas o proceso de victimización repetido, lo que aumenta el riesgo de TEPT; b) aumento en la celeridad de inicio del tratamiento, ya que esto está vinculado con la mejoría de los síntomas y una posible prevención de TEPT; c) identificación de los síntomas más sobresalientes e inquietantes para establecer lo que será el centro de la terapia; d) identificación de diagnósticos previos o comorbilidad psicológica, lo cual puede aumentar el riesgo de TEPT; e) identificación de factores ambientales o contribuyentes que podrían estar relacionados con la experiencia del trauma (p. ej., vivir con un pariente abusivo, consumo de sustancias); y, f) la identificación de desencadenantes de la reacción traumática (Carlson y Dutton, 2003).

Desde el punto de vista clínico es esencial conducir una evaluación minuciosa con la intención de diseñar un tratamiento a la medida de las necesidades del niño y su familia. Las consecuencias relacionadas con el trauma, e incluso el TEPT específicamente, pueden variar en sus manifestaciones (p. ej., los niños que expresan

quejas somáticas junto con TEPT) o pueden ser afectados en el transcurso, bien sea por una serie de recuerdos del evento traumático o por las respuestas iniciales a la comunicación del diagnóstico. Por lo tanto, se debe hacer una evaluación cuidadosa de las características del evento traumático (p. ej., gravedad, cronicidad), del desarrollo de síntomas (p. ej., comienzo de los síntomas, transcurso), de la comorbilidad (p. ej., consumo de sustancias, quejas somáticas) y de las condiciones ambientales actuales (p. ej., seguridad en el hogar). La evaluación también es una parte importante cuando el tratamiento ya está en curso, con reevaluaciones periódicas de síntomas para proveer indicativos del progreso del tratamiento (Saunders, Berliner y Hanson, 2004).

Al llevar a cabo evaluaciones se recomienda que se utilicen varias personas que provean de información (p. ej., niños, padres, maestros) y un abordaje multi-modal (p. ej., entrevista estructurada, autoinforme de papel y lápiz, escalas de evaluación de síntomas) (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP]*, 1998; Briere, 1996; Reich y Earls, 1987; Saunders *et al.*, 2004). Una revisión exhaustiva de todos los instrumentos utilizados en la evaluación de la exposición al trauma y de los problemas derivados del trauma en general, va mucho más allá del alcance de este trabajo (ver ACCAP, 1998; Saunders *et al.*, 2004; y Strand, Sarmiento y Pasquale, 2005 para una revisión más extensa y recomendaciones sobre evaluación del trauma). Acá se presentarán y revisarán sólo las mediciones más comúnmente usadas para el TEPT, incluyendo la entrevista clínica estructurada y los instrumentos de autoinforme. La tabla 1 resume estas mediciones.

Entrevista clínica estructurada y no-estructurada

La "Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes- revisada" (*Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised*, DICA; Reich, Leacock y Shanfield, 1994) y la "Entrevista para los trastornos afectivos y la esquizofrenia para niños en edad escolar, episodios actuales y a lo largo de la vida" (*Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Present Episode and Lifetime versions*, K-SADS-PL, Kaufman *et al.*, 1997) son comúnmente usadas en investigación y en el contexto clínico. Ambos instrumentos están basados en los criterios del DSM-III-R y DSM-IV y fueron diseñados para edades entre 6 y 17 años. La DICA provee un diagnóstico de eventos de vida relacionados con trastornos en el niño y el adolescente. El criterio A para la subescala sobre TEPT en la DICA está basado principalmente en el evento traumático identificado por el niño, aunque un diagnóstico puede estar basado en la entrevista al niño o su representante. Se ha demostrado que la entrevista DICA tiene buena validez y fiabilidad (Reich, 2000). Existe una versión en español de la DICA y la subescala de TEPT ha sido utilizada con éxito en niños expuestos a situaciones de combate en Ecuador (Reich, comunicación personal, 1994, citado por Nader, 2004).

La K-SADS-PL es una entrevista de diagnóstico semi-estructurada que ha sido utilizada para evaluar episodios presentes y pasados de varios trastornos psicológicos, incluyendo TEPT, en niños y adolescentes. Los ítems están basados en los criterios

Tabla 1
Métodos de evaluación del TEPT en niños

| Nombre | Referencia | Edad | Objetivo |
|--|--|-------------------------------|---|
| ENTREVISTAS CLÍNICAS | | | |
| Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes-revisada (DICA) | Reich, Leacocky Shanfield (1994) | 6-17 años | Diagnóstico de eventos de vida relacionados con trastornos en el niño y adolescente |
| Programa infantil para trastornos afectivos y esquizofrenia para niños en edad escolar- versión sobre hechos presentes y pasados (K-SADS-PL) | Kaufman <i>et al.</i> (1997) | 6-17 años | Evaluación de episodios presentes y pasados de varios trastornos psicológico, incluyendo TEPT, en niños y adolescentes |
| Escala clínica administrada de TEPT para niños y adolescentes (CAPS-CA) | Newman <i>et al.</i> (2004) | 8-15 años | Medición de la frecuencia e intensidad de síntomas de TEPT y alteraciones en el funcionamiento social y académico de niños y adolescentes |
| INSTRUMENTOS DE AUTO-INFORME | | | |
| Índice de reacción de trastorno por estrés posttraumático en niños (CPTSD-RI) | Pynoos <i>et al.</i> (1987) | Niños | Evaluación de las reacciones a eventos posttraumáticos en la semana previa, no provee un criterio diagnóstico de TEPT |
| Índice de reacción UCLA PTSD | Steinberg, Brymer, Deckery Pynoos (2004) | Niños | Basado en el CPTSD-RI, provee información diagnóstica preliminar de TEPT usando los criterios del DSM-IV |
| Escala de síntomas de TEPT en niños (CPSS) | Foa, Johnson, Feeny Treadwell (2001) | Niños y adolescentes | Diagnóstico y evaluación de la gravedad del TEPT en niños y adolescentes basado en los criterios del DSM-IV |
| Lista de síntomas de trauma para niños con TEPT (TSCC) | Briere (1996) | 8-16 años | Evaluación de síntomas generales de angustia después del evento traumático; no provee un criterio diagnóstico de TEPT |
| Escala de impacto de eventos-revisada (IES-R) | Weiss y Marmar (1997) | Niños a partir de los 12 años | Medición de la hiperreactividad, intrusión, y evitación; no provee un criterio diagnóstico de TEPT |

diagnósticos del DSM-III-R y DSM-IV. Se administra durante la entrevista de los niños y sus padres y provee estimaciones a través de la conjunción de todas las fuentes de información, incluyendo informes de maestros y/o historias médicas (Kaufman, Birmaher, Brent, Rao y Ryan, 1996). Se ha demostrado que el programa K-SADS-PL tiene una buena validez convergente cuando se le compara con la sub-escala de TEPT del "Listado de conductas infantiles" (*Child Behavior Checklist*, Achenbach, 1991) (McLeer *et al.*, 1998) y una buena fiabilidad diagnóstica (ver Freeman y Beck, 2000). Una versión en español del K-SADS-PL fue desarrollada y se ha encontrado que tiene de buena a excelente fiabilidad para los trastornos presentes y pasados (Ulloa *et al.*, 2006).

La "Escala de TEPT para niños y adolescentes administrada por el clínico" (*Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents*, CAPS-CA; Newman *et al.*, 2004) fue diseñada para evaluar los síntomas de TEPT y permitir la medición de la frecuencia e intensidad de los síntomas, así como las alteraciones en el funcionamiento social y académico/ocupacional de niños y adolescentes, de 8 a 15 años de edad. El instrumento consta de 36 preguntas basadas en el evento traumático que ha sido estimado por el niño como el más inquietante o angustiante para él/ella. La CAPS-CA se ha utilizado con grupos multi-étnicos. No se han publicado datos normativos, aunque se ha estimado una buena consistencia interna y fiabilidad de diagnóstico entre evaluadores (Daviss *et al.*, 2000; Erwin, Newman, McMackin, Morrissey y Kaloupek, 2000).

Instrumentos de autoinforme

El "Índice de reacción de trastorno por estrés postraumático en la infancia" (*Childhood Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index*, CPTSD-RI; Pynoos *et al.*, 1987) aunque no está diseñado con propósitos diagnósticos, evalúa las reacciones a eventos postraumáticos. Consta de 20 ítems que miden intrusión/parálisis/evasión, miedo/ansiedad y alteración del sueño y concentración (Hawkins y Radcliffe, 2006). Es una de las medidas más comúnmente usadas y tiene buenas propiedades psicométricas, tomando su administración sólo cinco minutos. El CPTSD-RI fue diseñado para evaluar las reacciones en la última semana previa o anterior a la evaluación. Adicionalmente, sus criterios principales están basados en DSM-III, DSM-III-R y el DSM-IV. La muestra de estandarización incluye 159 niños de los Estados Unidos y de otros países expuestos a francotiradores y a varias otras formas de trauma. El "Índice de reacción de trastorno por estrés postraumático de la Universidad de los Ángeles en California" (*University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index*), basado en el CPTSD-RI, provee información diagnóstica preliminar de TEPT usando los criterios del DSM-IV y contiene aproximadamente 20 preguntas (Steinberg, Brymer, Decker y Pynoos, 2004). La traducción y normalización al español de este instrumento está en proceso de desarrollo.

La "Escala de síntomas de TEPT en niños" (*Child PTSD Symptom Scale*, CPSS; Foa, Johnson, Feeny y Treadwell, 2001) es una medida de autoinforme diseñada para el diagnóstico y evaluación de la gravedad del TEPT en niños y adolescentes,

basado en los criterios del DSM-IV. Consta de 17 ítems que miden la gravedad de tres síntomas agrupados: reviviscencia, evitación y activación. Foa *et al.* (2001) informaron sobre una adecuada fiabilidad y validez, convergente con el CPTSD-RI. Correlaciones bajas entre este instrumento y medidas de depresión y ansiedad sugieren buena validez discriminativa. Es además, el único instrumento de autoinforme que determina la gravedad y la presencia o ausencia de diagnóstico basado en los síntomas de TEPT, proveyendo una puntuación para cada uno de los síntomas agrupados, así como una puntuación de gravedad general.

El "Listado de síntomas de trauma para niños" (*Trauma Symptom Checklist for Children*, TSCC; Briere, 1996) ha sido utilizado en numerosos estudios y fue normalizado en un grupo de más de 3000 niños en tres muestras no clínicas y en más de 200 niños en una muestra clínica. Fue diseñada para evaluar respuestas al trauma en niños de 8 a 16 años de edad. El TSCC no provee un criterio diagnóstico de TEPT, sino que evalúa síntomas generales de angustia luego del evento traumático. No requiere de entrenamiento especializado para su administración, pero sí requiere entrenamiento para la interpretación de la puntuación obtenida. Contiene 54 ítems y toma unos 15 a 20 minutos completarlo.

Finalmente, la "Escala de impacto de eventos-revisada" (*Impact of Events Scale - Revised*, IES-R; Weiss y Marmar, 1997) fue diseñada para ser administrada en adultos, pero ha sido utilizada en niños de 12 años en adelante. Su uso no es diagnóstico pero mide hiperreactivación, intrusión y evitación, a través de los 22 ítems que lo componen. Sus propiedades psicométricas son buenas.

Tomados como un todo, estos instrumentos de autoinforme muestran una considerable variabilidad en cómo cada uno traza un mapa sobre los criterios diagnósticos actuales de TEPT. Por tanto, algunos son muy útiles para propósitos diagnósticos y otros deberían ser considerados, principalmente, por la información que pueden proveer con respecto a la aparición de síntomas luego de un evento potencialmente traumático. Sin embargo, ninguno de estos instrumentos comúnmente usados, fueron diseñados para incluir niños menores de cinco años. Estudios longitudinales adicionales y evaluaciones de la fiabilidad test-retest de estos instrumentos son necesarios si se continúan utilizando para evaluar la reducción de síntomas.

Tratamiento de TEPT en niños

Los protocolos de tratamiento para niños y adolescentes con TEPT han sido significativamente influenciados por muchas contribuciones a la literatura científica de varias décadas. Desde una perspectiva cognitivo-conductual y consistente con el modelo teórico de Deblinger y Heflin (1996) y Cohen y Mannarino (1993; en Cohen, Mannarino, y Deblinger, 2002), el inicio y mantenimiento de las respuestas de miedo relacionadas a un trauma pueden ser conceptualizados dentro de la teoría de aprendizaje bifactorial propuesta por Mowrer (1947, 1960). De acuerdo a ésta, el condicionamiento clásico (p. ej., asociar un evento traumático con un estímulo neutro) puede ser usado para describir la adquisición de respuestas de miedo (p. ej., elevación de la frecuencia cardíaca y sudoración) ante la presencia de estimulación

neutral. La respuesta de evitación, luego presente ante este estímulo condicionado, es reforzada negativamente por una forma de escape exitosa (o evitación) del estímulo condicionado, coincidente con la reducción del miedo (p. ej., reducción de la frecuencia cardíaca y de la sudoración). El miedo a ser víctima de nuevo y la angustia consecuente, pueden ser reducidas a través de la exposición prolongada a un estímulo condicionado (que en un principio era un estímulo neutro). Esto se puede hacer gradualmente, usando una jerarquía de estimulación productora de ansiedad (p. ej., exposición gradual, desensibilización sistemática), o rápidamente, comenzando con un estímulo que desencadene altos niveles de ansiedad (p. ej., terapia implosiva).

Muchas intervenciones eficaces en el manejo del trauma, y que en adelante llamaremos "intervenciones centradas en el trauma", han sido desarrolladas para ayudar a niños con problemas emocionales y conductuales asociados con eventos violentos o traumáticos (ver Cohen, Berliner, y March, 2000; Saunders *et al.*, 2004). Específicamente, estas intervenciones están diseñadas para tratar las reacciones emocionales y/o conductuales relacionadas con la situación de victimización (p. ej., estímulo condicionado asociado con un estresante potencialmente traumático). Técnicas basadas en exposición al estímulo, ejercicios de reducción de la evitación y educación a través de creencias relativas a la victimización, son algunas de las estrategias terapéuticas utilizadas en las intervenciones centradas en el trauma. Las intervenciones no centradas en el trauma, por otra parte, se proponen abordar ámbitos clínicos específicos independientemente de su relevancia a eventos traumáticos. La "Terapia de interacción padres-hijo" (*Parent-Child Interaction Therapy*, PCIT; Eyberg y Calzada, 1998) y el "Tratamiento de activación conductual para la depresión" (*Behavioral Activation Treatment for Depression*, BATD; Lejuez, Hopko y Hopko, 2001), son dos ejemplos de intervenciones no centradas en el trauma que son potencialmente útiles en el tratamiento de jóvenes víctimas (Fricker-Elhai, Ruggiero y Smith, 2005; Ruggiero, Morris, Hopko y Lejuez, 2007; Urquiza y McNeil, 1996). Sin embargo, tales intervenciones no son tradicionalmente utilizadas, y por lo tanto, no son tratadas como relevantes en este artículo.

La "Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma" (*Trauma-focused cognitive behavioral therapy*, TF-CBT; Cohen *et al.*, 2006) es el protocolo de tratamiento más extensamente investigado en la literatura sobre niños con TEPT. TF-CBT consta de cuatro componentes: (a) entrenamiento en estrategias de afrontamiento, (b) exposición gradual y procesamiento cognitivo y afectivo, (c) entrenamiento en el manejo de habilidades conductuales, y (d) educación. Un resumen de los objetivos de cada componente y su secuencia durante la terapia se presenta en la tabla 2.

Para padres y niños, el tratamiento se funda inicialmente en el *entrenamiento en estrategias de afrontamiento*, para proveer a los pacientes de habilidades que faciliten la identificación de reacciones emocionales relacionadas con el trauma (habilidades de expresión emocional), el alivio de la tensión física (habilidades de relajación) y la identificación y el cuestionamiento de las generalizaciones pesimistas sobre el abuso (habilidades de afrontamiento).

El próximo paso en esta terapia es que tanto padres como niños participen en la *exposición gradual y procesamiento cognitivo y afectivo*, incluyendo el desarrollo de un relato traumático, o historia, donde el niño vuelva a relatar los eventos traumáticos

Tabla 2
Secuencia de los componentes de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma

| <i>Componente</i> | <i>Objetivo</i> |
|--|---|
| EDUCACIÓN | |
| Índices del predominio y de respuestas comunes a la exposición al trauma | Proveer información a la familia; normalizar las respuestas del niño y la familia al trauma |
| ENTRENAMIENTO EN ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO | |
| Habilidades de expresión emocional | Facilitar la identificación de reacciones emocionales relacionadas con el trauma |
| Habilidades de relajación | Aliviar la tensión física |
| Habilidades de afrontamiento | Identificación y cuestionamiento de las generalizaciones pesimistas sobre el abuso |
| EXPOSICIÓN GRADUAL Y PROCESAMIENTO COGNITIVO Y AFECTIVO | |
| Desarrollo de un relato traumático | Utilizado como base para la exposición |
| Procesamiento cognitivo y afectivo del relato traumático | Procesar e integrar las experiencias de victimización |
| Sesiones conjuntas del niño y su padre/madre | El niño comparte el relato traumático con el padre/la madre |
| ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES CONDUCTUALES | |
| Entrenamiento del padre | Acelerar el progreso del niño; reducir comportamientos problemáticos que emergen después de la exposición al trauma |
| EDUCACIÓN | |
| Habilidades para mantener la seguridad personal | Reducir el riesgo de revictimización |

en detalle, incluyendo sus pensamientos y sentimientos. La estructura de la exposición gradual simplemente busca que la estimulación que provoca ansiedad (p. ej., pautas físicas o verbales) sea presentada de forma paulatina. Un acercamiento gradual, como por ejemplo, crear un relato verbal del evento traumático, se usa para aumentar la probabilidad de participación del niño sin niveles elevados de angustia innecesariamente prolongados, especialmente en las primeras etapas del tratamiento (Deblinger y Heflin, 1996). Al procesar e integrar cada vez más sus experiencias de victimización, el subcomponente de procesamiento afectivo y cognitivo facilita la discusión abierta

de pensamientos y sentimientos relativos a las experiencias traumáticas y las circunstancias siguientes (p. ej., procedimientos a nivel legal, revelación a los padres).

El tercer componente crítico de la terapia es *el entrenamiento en el manejo de habilidades conductuales*, que intenta identificar las formas en que los padres pueden acelerar el cambio conductual en sus hijos en algunas áreas, así como interrumpir prácticas que sirven para mantener patrones indeseables de conducta que inicialmente siguieron al evento traumático. Por ejemplo, el elogio de los padres cuando sus hijos utilizan estrategias adecuadas de afrontamiento puede animarlos a continuar usando el afrontamiento apropiado, particularmente en aquellos niños que usan esas estrategias con frecuencia. Por el contrario, los padres que inadvertidamente refuerzan una conducta indeseable a través de una respuesta consistente con elevados niveles de atención, potencialmente están perpetuando esos patrones indeseables de conducta (Scotti, Morris, Ruggiero y Wolfgang, 2002). Durante este componente del tratamiento, el psicólogo ayuda a romper con los patrones potencialmente problemáticos en las interacciones padres-hijos, al mismo tiempo que fomenta un aumento del uso de técnicas de manejo conductual beneficiosas para el tratamiento (ver Fricker, Ruggiero y Smith, 2005).

Finalmente, la educación como componente de la terapia es provista a lo largo del tratamiento, tanto para padres como para niños. La educación con respecto a la exposición a eventos traumáticos (p. ej., qué y cómo responde el niño, la experiencia ante las circunstancias amenazantes) típicamente se da antes de la exposición gradual. Avanzado el tratamiento, el entrenamiento consiste en proveer habilidades para asegurar la integridad personal, con el objetivo de reducir el riesgo de revictimización. Ya que la TF-CBT es una terapia basada en estas habilidades, la duración del tratamiento varía en cada niño. Sin embargo, en promedio, el tratamiento tiene una duración de aproximadamente 12 a 16 sesiones (Cohen *et al.*, 2006).

Dadas las muchas diferencias conductuales y ambientales entre niños de diferentes edades y adultos, el tratamiento centrado en la exposición al trauma y las técnicas de manejo de la ansiedad son implementados de forma diferente en niños, adolescentes y adultos (Pynoos, 1993; Pynoos *et al.*, 1995). Por ejemplo, los psicólogos comúnmente ajustan algunos procedimientos en el tratamiento de acuerdo al nivel de desarrollo. Dos de las áreas de ajuste más significativas son: (a) un uso más frecuente del juego o técnicas de tratamiento no verbales con los niños pequeños, en relación con niños mayores y adultos (Vernberg y Vogel, 1993) y (b) la tendencia de los psicólogos a favorecer la exposición gradual en vez de formas que eliciten un alto nivel de miedo o ansiedad en el tratamiento (p. ej., inundación emocional). Consistente con las últimas tendencias, el protocolo de esta terapia prefiere el uso de la aproximación gradual (p. ej., a través de la creación de un relato traumático).

Existen otros enfoques terapéuticos en el tratamiento de TEPT en niños, por ejemplo basados en el enfoque psicodinámico y la hipnoterapia, que han sido citados en la literatura profesional (p. ej., Brom, Cléber y Defares, 1989; Marmar y Freeman, 1988; Shalev, Bonne y Eth, 1996). Sin embargo, estos enfoques están limitados a ilustraciones de casos (p. ej., Friedrich, 1991; Kluft, 1991; McElroy y McElroy, 1989). Por tanto, la eficacia de estos tratamientos es inconclusa y deben ser explorados más exhaustivamente.

Estado actual de la literatura

Hasta la fecha, muchas pruebas aleatorias abiertas (Deblinger *et al.*, 1990; Layne *et al.*, 2001; March *et al.*, 1998; Salzman *et al.*, 2001) y estudios con grupo control (p. ej., Berliner y Saunders, 1996; Cohen, Deblinger, Mandarin y Steer, 2004; Cohen y Mannarino, 1996, 1998; Deblinger *et al.*, 1996, 2001; Goenjian *et al.*, 1997; Kolko, 1996; Stein *et al.*, 2003) han examinado la eficacia de las intervenciones centradas en el trauma, que integran técnicas de manejo de la ansiedad (p. ej., entrenamiento en estrategias de afrontamiento, entrenamiento en técnicas de respiración, detención del pensamiento, reestructuración cognitiva) y exposición al trauma en niños con problemas emocionales y conductuales derivados de la experiencia traumática. Las estrategias que constituyen cada uno de estos protocolos fueron diseñadas para tratar un amplio rango de problemas clínicos prevalentes en niños expuestos a traumas, con particular énfasis en el miedo y la angustia (p. ej., síntomas de TEPT) a través de la exposición gradual. A continuación, detallaremos tres de estos estudios controlados.

Deblinger y colegas (1996) examinaron la eficacia de la TF-CBT en niños abusados sexualmente, estableciendo comparaciones con tratamientos estándares ofrecidos a nivel comunitario (control). Se emplearon tres condiciones experimentales para evaluar la eficacia de las tres variaciones del protocolo de la TF-CBT: tratamiento sólo a uno de los padres, sólo al niño, ó tratamiento a ambos padres y niño. La muestra incluyó 100 niños abusados sexualmente con síntomas significativos de TEPT; se asignaron 25 sujetos a cada condición experimental y 25 fueron asignados a la condición control (comunitario). Como se describió anteriormente, las condiciones experimentales incluían un énfasis en varias técnicas de manejo de la ansiedad (p. ej., modelamiento, habilidades de afrontamiento, educación en habilidades preventivas) y exposición gradual (p. ej., discusión, escribir). Comparaciones pre-post tratamiento indicaron disminución en los síntomas de TEPT así como en la frecuencia de otros problemas mentales (p. ej., síntomas de depresión, externalización de problemas conductuales). Los hallazgos específicos del TEPT indican que sólo el 16% de los niños en las condiciones experimentales que cumplieron con los criterios de TEPT al inicio de la evaluación fueron diagnosticados con TEPT en la evaluación post-tratamiento. En contraste, de aquellos que participaron en la condición control, ya que el 30% de los niños con diagnóstico inicial de TEPT recibió el mismo diagnóstico en la evaluación post-tratamiento. Una conclusión importante del estudio es el efecto beneficioso de la participación de padres que no hayan sido los agresores del niño en el tratamiento con niños sexualmente abusados.

Cohen y Mannarino (2001) también demostraron la eficacia de una estructura terapéutica similar a la del protocolo de la TF-CBT en niños abusados sexualmente. En una evaluación inicial del protocolo específico para el tratamiento del abuso sexual, 87 niños abusados sexualmente y sus padres no agresores fueron asignados, de forma aleatoria, a 12 sesiones de la TF-CBT o de la "Psicoterapia centrada en el cliente" (*client-centered psychotherapy*, CCT). La CCT fue usada para controlar el contacto con el terapeuta, el nivel de compromiso parental en el tratamiento y el tiempo. En el grupo que recibió la TF-CBT se observaron reducciones importantes y

significativas en las medidas pre y post-tratamiento de los problemas conductuales y emocionales relacionadas con el abuso sexual (Cohen y Mannarino, 1996). Además, el análisis de medidas repetidas descubrió interacciones significativas grupo-tiempo, revelando que los niños en la condición de TF-CBT experimentaron grandes reducciones en la interiorización y exteriorización de problemas conductuales y conductas sexuales en la evaluación post-tratamiento, en contraste con los niños en la condición de CCT. Evaluaciones de seguimiento de una sub-muestra de niños reveló que los beneficios en el grupo de TF-CBT comparados con el grupo de CCT, se seguían manteniendo después de seis a 12 meses (Cohen y Mannarino, 1997).

En un proyecto en colaboración de Cohen, Deblinger, Mandarin y Steer (2004), 12 sesiones de TF-CBT fueron comparadas con 12 sesiones de CCT en el tratamiento de síntomas de TEPT y comorbilidad de problemas emocionales y conductuales en niños abusados sexualmente. Los participantes, de ocho a 14 años de edad ($n = 229$), fueron asignados aleatoriamente a una de esas dos condiciones de tratamiento. Los niños en la condición de TF-CBT mostraron una disminución significativa de síntomas en las medidas de pre/pos-tratamiento de depresión, problemas conductuales y atribuciones maladaptativas relacionadas con el abuso. Además, los cuidadores en la condición de TF-CBT informaron de una mejoría significativa en los síntomas de depresión, angustia específica al abuso y uso de estrategias parentales eficaces, en comparación con los informados por los cuidadores de la condición de CCT. Estos resultados aumentan la fiabilidad en la eficacia de la TF-CBT para los niños que han sufrido abuso sexual con síntomas de TEPT y problemas emocionales y conductuales relacionados.

Retos y perspectivas futuras

Varios retos continúan presentándose a los psicólogos que evalúan los síntomas de TEPT en niños. Algunos de estos son: solucionar dificultades en la evaluación de los efectos del trauma y su repetición (ver Courtois, 2004); diseñar estrategias para trabajar con niños que pueden no tener la capacidad cognitiva de entender todas las preguntas que se les hacen; negociar las diferencias culturales entre el psicólogo, el niño y la familia; franquear las barreras lingüísticas de forma ética y sensible; diferenciar los síntomas de TEPT de la conducta normal de la niñez; medir la influencia parental durante el proceso de evaluación; reconciliar la incongruencia en los resultados de la evaluación mediante diferentes instrumentos e informes; valorar el funcionamiento cognitivo y del desarrollo del niño; y determinar los cambios conductuales y las conductas pasadas de afrontamiento en relación a los cambios normales del desarrollo.

En la década pasada, la evaluación de las diferentes técnicas de intervención en niños y adolescentes con TEPT ha progresado significativamente. Sin embargo, existen aún muchas preguntas claves que quedan sin respuesta. A continuación, nos enfocamos en dos áreas de particular importancia: (a) el aumento en la eficiencia y la eficacia del tratamiento y (b) el aumento en la utilización de terapias con apoyo empírico, por parte de los psicólogos clínicos.

Mejorando la eficiencia y la eficacia del tratamiento

Muchas rutas se pueden explorar para aumentar la eficacia y eficiencia (y reducción de costes) del tratamiento de jóvenes con TEPT. Primero, investigadores y clínicos deben continuar la búsqueda de nuevos elementos claves en el marco de las intervenciones ya existentes. Estos pueden incluir el uso de protocolos de facilitación del uso de la tecnología (p. ej., recursos centrados en la web, demostraciones a través de videos, biblioterapia), la identificación de intervenciones farmacológicas que aceleren o aumenten la respuesta al tratamiento, y el uso eficiente de técnicas suplementarias para tratar la comorbilidad psicopatológica. Segundo, es necesario reevaluar los estudios publicados para identificar componentes terapéuticos requeridos para el tratamiento, así como identificar técnicas innecesarias o ineficientes (lo que permitirá a los terapeutas acortar la duración del tratamiento). Tercero, estudios que identifiquen las variables del paciente (p. ej., factores culturales, factores genéticos) asociadas con la eficacia del tratamiento, podrán facilitar la toma de decisiones terapéuticas por parte de los psicólogos, quienes deben juzgar qué intervenciones representan la mejor estrategia dadas las necesidades del paciente.

Finalmente, el uso de la tecnología es ineludible y promete ser una herramienta importante para el tratamiento del estrés traumático. Esto puede incluir el uso de videos educativos (Acierno *et al.*, 2004; Resnick *et al.*, 1999, 2005) o aún la provisión de terapia vía Internet (Litz *et al.*, 2007; Ruggiero *et al.*, 2006). En el ámbito farmacológico, estudios recientes sugieren que un componente llamado D-Cicloserina podría acelerar la extinción durante el tratamiento de exposición (p. ej., Hofmann *et al.*, 2006; Ressler *et al.*, 2004). En análisis de componentes críticos para la terapia, la exposición al trauma y la activación conductual ya han sido identificadas como elementos importantes en el tratamiento del TEPT y de la depresión, respectivamente (Foa *et al.*, 1999; Dimidjian *et al.*, 2007; Jacobson *et al.*, 1996; Marks *et al.*, 1998). Sin embargo, una gran limitación de estos estudios es que han sido conducidos en adultos, con poca atención a jóvenes.

Aumento del uso de técnicas de intervención basadas en pruebas empíricas por psicólogos clínicos

Desafortunadamente, la existencia de intervenciones válidas de acuerdo con los resultados de estudios en TEPT no garantiza que las mismas serán usadas por los psicólogos clínicos en el tratamiento de los niños con este tipo de trastorno. Además, cuando estas intervenciones son usadas en la práctica, una preocupación importante es que estos tratamientos no sean implementados correctamente, especialmente si no se cuenta con el entrenamiento adecuado y la supervisión adecuada. Por estas razones, se necesitan estudios que permitan evaluar el entrenamiento y la diseminación de estrategias que entrenen a los psicólogos clínicos en la adecuada administración de intervenciones para niños y adolescentes.

Muchos protocolos de entrenamiento para aumentar la habilidad del psicólogo son costosos en términos monetarios y de tiempo; por lo tanto, es impor-

tante identificar métodos eficaces. Estos podrían incluir componentes como la facilitación a través de la tecnología (Internet) o métodos de educación a distancia. También es necesario evaluar otros enfoques más exhaustivos, sobre todo si se intenta efectuar un cambio a nivel comunitario para educar psicólogos, sus supervisores, líderes, funcionarios de salud pública y políticos, jueces, personal de defensorías de niños, y entidades de servicio social para niños y adolescentes. En la actualidad, carecemos de datos precisos que indiquen cuál es el nivel de entrenamiento requerido de los psicólogos antes de ser considerados expertos en un protocolo de tratamiento específico.

Evaluaciones adaptadas a la cultura

Los lineamientos actuales de evaluación centrada en el trauma están basados principalmente en estudios y el contexto clínico de la población típica estadounidense (p. ej., Saunders, Berliner y Hanson, 2001; Myers *et al.*, 2002). Estos métodos de evaluación pueden no ser relevantes para individuos en grupos étnicos minoritarios o en poblaciones de otros países, porque las diferencias en los eventos traumáticos varían dependiendo del grupo cultural o país y, por ende, las manifestaciones de los síntomas resultantes del trauma también varían (Carlson, 1997). Por ejemplo, si el terapeuta sólo especifica eventos que son típicos para la población estadounidense, ciertos eventos traumáticos para individuos pertenecientes a otro grupo cultural en particular podrían no ser considerados. Un estudio reciente (de Arellano *et al.*, 2006) halló que cuando el trauma asociado a la inmigración era específicamente evaluado en una muestra de niños de familias inmigrantes, el 17% de los niños informaba de experiencias de eventos traumáticos (p. ej., agresión sexual/física) en el proceso de inmigración a los Estados Unidos. Estos eventos sólo fueron explícitos cuando las preguntas estaban dirigidas específicamente hacia eventos relativos a la inmigración; estos traumas no fueron informados espontáneamente. Este hallazgo indica la necesidad de incluir en entrevistas y cuestionarios eventos traumáticos que son más comunes en ciertos grupos culturales cuando se evalúa a sus integrantes.

Además, la evaluación estándar actual de las consecuencias en la salud mental debido a traumas puede no capturar de forma adecuada la realidad en grupos culturales diversos. Aunque la investigación comparativa de los resultados de salud mental en jóvenes victimizados es muy limitada, las consecuencias relacionadas con el trauma (p. ej., trastorno de ansiedad, depresión) pueden manifestarse de forma distinta en distintos grupos. Por ejemplo, niños de descendencia hispana informaron mayores síntomas somáticos relacionados con la angustia que los no-hispanos en una muestra de niños que participaron en un estudio sobre trastorno de ansiedad (Pina y Silverman, 2004). El mismo resultado se observó en una muestra no-clínica de mejicano-americanos (Varela *et al.*, 2004). De la misma manera, adultos hispanos deprimidos informaron mayor cantidad de síntomas somáticos comparados con personas deprimidas no-hispanas. (Escobar, Gómez y Tuason, 1983; Mezzich y Raab, 1980). Estos estudios sugieren la necesidad de extender la evaluación e incluir quejas somáticas en niños hispanos víctimas de algún trauma, además de

las evaluaciones tradicionales de síntomas de ansiedad y de depresión. De la misma manera, los métodos de evaluación estándar podrían ser inadecuados para detectar respuestas sobre el trauma vinculadas a la cultura. Por ejemplo, el término *nervios* o *ataque de nervios*, que implica temblores, palpitaciones, dificultad respiratoria, mareos, pérdida de control motor y desmayo (Guarnaccia, Canino, Rubio-Stipec y Bravo, 1993), está asociado con trauma infantil en adultos hispanos (Schechter *et al.*, 2000). Síndromes derivados del componente cultural que pueden resultar o ser exacerbados por los eventos traumáticos deberían ser considerados en una evaluación exhaustiva de las secuelas relacionadas con el trauma.

Por otra parte, las variaciones genéticas en el riesgo y presentación de TEPT podrían estar ligadas a la etnicidad. Aunque un perfil étnico basado en diferencias de genotipo y su influencia sobre algunos factores de riesgo genéticos para TEPT ha sido propuesto (p. ej., el transportador de serotonina 5HTTLPR, Duffy, 2005), ninguna investigación de riesgo genético basado en etnicidad se ha llevado a cabo exhaustivamente. Esto se debe a que los investigadores deben: (1) identificar el riesgo genético ligado a cierto genotipo y al TEPT, luego (2) mostrar que el genotipo difiere en los distintos grupos étnicos, y entonces (3) que el riesgo aumentado asociado con el genotipo se mantiene entre y dentro de los grupos étnicos. A la fecha, estos estudios están aún confinados a la identificación de factores de riesgo genéticos para TEPT (p. ej., Kilpatrick *et al.*, 2007). Estos serán, sin embargo, estudios apasionantes para quienes decidan investigarlos.

Intervenciones adaptadas a la cultura

Más allá del impacto potencial que los factores culturales puedan tener sobre los enfoques evaluativos, estos también pueden afectar el tratamiento y la adherencia al tratamiento (Departamento de Servicios de Salud y Humanos, 2001). Desafortunadamente, la investigación sobre los tratamientos centrados en pruebas empíricas y los efectos potenciales de factores culturales es muy limitada. Sin embargo y como se dijo anteriormente, la TF-CBT (Cohen, Mannarino y Deblinger, 2003) es una intervención bastante investigada con apoyo suficiente para ser utilizada en niños víctimas de abuso sexual y otros tipos de trauma. Una versión modificada de esta terapia ha sido desarrollada para su uso en niños y familias hispanas, basado en 12 años de investigación y de intervención clínica. El "Tratamiento centrado en el trauma modificado culturalmente" (*Culturally Modified Trauma-Focused Treatment*) ha sido diseñado para proveer tratamiento que intente aumentar el compromiso al incrementar la relevancia cultural de la intervención. Los factores culturales potenciales son evaluados y considerados, incluyendo la espiritualidad, la familia, los roles de género, creencias sobre la sexualidad, visión sobre qué es la salud mental y el tratamiento para esta área, racismo/discriminación y explotación. Este tratamiento ha sido dirigido a niños mejicanos y mejicano-americanos residentes en los Estados Unidos, con resultados preliminares prometedores. En una muestra de 35 niños con experiencia traumática (p. ej., abuso físico, abuso sexual, violencia doméstica, pérdida traumática), los síntomas de TEPT disminuye-

ron significativamente entre las medidas pre y post-tratamiento, con sólo 3 niños continuando con el mismo diagnóstico de TEPT (de Arellano y Rivera, 2008). Una prueba piloto adicional está actualmente en proceso con una mayor diversidad (p. ej., nacionalidad, niveles de aculturación, exposición al trauma) de grupos de niños hispanos dentro de los Estados Unidos.

Conclusiones

La mayoría de los niños experimentarán por lo menos un evento potencialmente traumático en su vida. Un porcentaje pequeño de tales niños desarrollará TEPT. Este artículo ha identificado (a) cuán frecuentemente ocurren eventos traumáticos y el TEPT en niños; (b) cómo los clínicos y otros pueden evaluar la presencia del TEPT en niños; (c) qué opciones de tratamiento hay disponibles para tratar a niños traumatizados; y (d) cómo nuevas tecnologías, tales como vídeo y servicios basados en el Internet, contribuciones genéticas al desarrollo de TEPT y modificaciones a los tratamientos existentes basados en la cultura pueden aumentar las opciones del tratamiento para los niños en el futuro cercano. Dado que el TEPT ha sido reconocido como un trastorno en la juventud sólo recientemente, es muy alentador que un gran número de investigadores y profesionales en el contexto clínico estén trabajando diligentemente en la prevención y tratamiento de este trastorno en los niños.

Referencias

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Acierno, R., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Saunders, B. E., de Arellano, M. A y Best, C. L. (2000). Assault, PTSD, family substance use, and depression as risk factors for cigarette use in youth: findings from the National Survey of Adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 381-396.
- Acierno, R., Rheingold, A. A., Resnick, H. S. y Stark-Riemer, W. (2004). Preliminary evaluation of a video-based intervention for older adult victims of violence. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 535-541.
- Adams, R. E. y Boscarino, J. A. (2006). Predictors of PTSD and delayed PTSD after disaster: the impact of exposure and psychosocial resources. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*, 485-493.
- Allwood, M. A., Bell-Dolan, D. y Husain, S. A. (2002). Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 450-457.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with PTSD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 4-26.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington, DC: Autor.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed. rev.). Washington, DC: Autor.
- Berliner, L. y Saunders, B. E. (1996). Treating fear and anxiety in sexually abused children: results of a controlled 2-year follow-up study. *Child Maltreatment, 1*, 194-309.
- Bernat, J. A., Ronfeldt, H. M., Calhoun, K. S. y Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical samples of college students. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 645-664.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A. y Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science, 17*, 181-186.
- Boney-McCoy, S. y Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting Psychology, 64*, 1406-1416.
- Bremner, J. D., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R. y Charney, D. S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry, 149*, 328-332.
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C. y Davis, G. C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry, 156*, 902-907.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P. y Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 48*, 216-222.
- Brewin, C. R., Andrews, B. y Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 499-509.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children: Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Broekman, B. F. P., Olf, M. y Boer, F. (2006). The genetic background to PTSD. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 31*, 348-362.
- Brom, D., Kleber, R. J. y Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 607-612.
- Carlson, E. B. (1997). *Trauma assessments: a clinician's guide*. Nueva York: Guilford.
- Carlson, E. B. y Dutton, M. A. (2003). Assessing experiences and responses of crime victims. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 133-148.
- Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R. y Reiss, A. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: the phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 166-173.
- Cicchetti, D. y Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 56*, 96-118.
- Cohen, J. A., Berliner, L. y March, J. E. (2000). Guidelines for treatment of PTSD: treatment of children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 566-568.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P. y Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 393-402.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1993). A treatment model for sexually abused preschoolers. *Journal of Interpersonal Violence, 8*, 115-131.

- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 42-50.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children: Outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 1228-1235.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1998). Interventions for sexually abused children: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, *3*, 17-26.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press.
- Cook-Cottone, C. (2004). Childhood post-traumatic stress disorder: diagnosis, treatment, and school reintegration. *School Psychology Review*, *33*, 127-139.
- Cooley-Quille, M., Boyd, R. C., Frantz, E. y Walsh, J. (2001). Emotional and behavioral impact of exposure to community violence in inner-city adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, *30*, 199-206.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. y Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 577-584.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *41*, 412-425.
- Crouch, J. L., Hanson, R. F., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G. y Resnick, H. S. (2000). Income, race/ethnicity, and exposure to violence in youth: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Community Psychology*, *28*, 625-641.
- Daining, C. y DePanfilis, D. (2007). Resilience of youth in transition from out-of home care to adulthood. *Children and Youth Services Review*, *29*, 1158-1178.
- Dancu, C. V., Riggs, D. S., Hearst-Ikeda, D., Shoyer, B. G. y Foa, E. B. (1996). Dissociative experiences and posttraumatic stress disorder among female victims of criminal assault and rape. *Journal of Traumatic Stress*, *9*, 253-267.
- Daviss, W. B., Mooney, D., Racusin, R., Ford, J. D., Fleischer, A. y McHugo, G. J. (2000). Predicting posttraumatic stress after hospitalization for pediatric injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 576-583.
- de Arellano, M. A., Danielson, C. K., Rheingold, A. A. y Bridges, A. J. (2006, agosto). *Trauma and anxiety among rural Hispanic immigrant populations*. Trabajo presentado en 114th Annual Conference of the American Psychological Association, New Orleans, LA, Estados Unidos.
- de Arellano, M. A. y Rivera, S. (2008, enero). Culturally-modified trauma-focused treatment for Hispanic children: Preliminary findings. Trabajo presentado en 22nd Annual San Diego International Conference on Child and Family Maltreatment, San Diego, CA, Estados Unidos.
- Deblinger, E. y Heflin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents: a cognitive behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Deblinger, E., Lippmann, J. y Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, *1*, 310-321.
- Deblinger, E., McLeer, S. V. y Henry, D. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering posttraumatic stress: preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*, 747-752.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L. y Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 658-670.

- Dyregrov, A. (1993). The interplay of trauma and grief. In Occasional Paper No. 8, *Trauma and Crisis Management*. London: Association for Child Psychology and Psychiatry.
- Dyregrov, A. y Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health, 11*, 176-184.
- Erwin, B. A., Newman, E., McMackin, R. A., Morrissey, C. y Kaloupek, D. G. (2000). PTSD, malevolent environment, and criminality among criminally involved male adolescents. *Criminal Justice and Behavior, 27*, 196-215.
- Escobar, J. I. (1995). Transcultural aspects of dissociative and somatoform disorders. *Cultural Psychiatry, 18*, 555-569.
- Escobar, J. I., Gómez, J. y Tuason, V. B. (1983). Depressive phenomenology in North and South American patients. *American Journal of Psychiatry, 140*, 47-51.
- Escobar, J. I., Randolph, E. T., Puente, G., Spiwak, F., Asamen, J. K., Hill, M. y Hough, R. L. (1983). Posttraumatic stress disorder in Hispanic Vietnam veterans: clinical phenomenology and sociocultural characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease, 171*, 585-596.
- Evans, L. y Oehler-Stinnett, J. (2006). Children and natural disasters: a primer for school psychologists. *School Psychology International, 27*, 33-55.
- Eyberg, S. M. y Calzada, E. J. (1998). *Parent-child interaction therapy: procedures manual*. Gainesville, FL: University of Florida.
- Feiring, C., Taska, L. y Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment, 7*, 25-39.
- Finkelhor, D., Ormond, R., Turner, H. y Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreatment, 10*, 5-25.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. J., Meadows, E. A. y Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 194-200.
- Foa, E. B., Davidson, J. R., Frances, A., Culpepper, L., Ross, R. y Ross, D. (1999). The expert consensus guideline series: treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*, 4-76.
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C. y Treadwell, K. R. H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 376-384.
- Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E. y Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: the impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 25-35.
- Freeman, J. B. y Beck, J. G. (2000). Cognitive interference for trauma cues in sexually abused adolescent girls with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*, 245-256.
- Fricker-Elhai, A. E., Ruggiero, K. J. y Smith, D. W. (2005). Parent-child interaction therapy with two maltreated siblings in foster care. *Clinical Case Studies, 4*, 13-39.
- Friedrich, W. N. (1991). Hypnotherapy with traumatized children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 39*, 67-81.
- Fu, Q., Koenen, K. C., Miller, M. W., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Lyons, M. J., Eisen, S. A., True, W. R., Goldberg, J. y Tsuang, M. T. (2007). Differential etiology of posttraumatic stress disorder with conduct disorder and major depression in male veterans. *Biological Psychiatry, 62*, 1088-1094.
- Galea, S., Acierno, R., Ruggiero, K., Resnick, H., Tracy, M. y Kilpatrick, D. (2006). Social context and the psychobiology of posttraumatic stress. En R. Yehuda (dir.), *Psychobiology*

- of posttraumatic stress disorders: a decade of progress (pp. 231-241). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J. y Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*, *346*, 982-987.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., Bucuvalas, M. y Kilpatrick, D. (2003). Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, *158*, 514-524.
- Gewirtz, A., Forgatch, M. y Wieling, E. (2008). Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma. *Journal of Marital and Family Therapy* *34*(2), 177-192.
- Goenjian, A. K., Karayan, I., Pynoos, R. S., Minassian, D., Najarian, L. M., Steinberg, A. M. y Fairbanks, L. A. (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 536-542.
- Graham-Bermann, S. A., DeVoe, E. R., Mattis, J. S., Lynch, S. y Thomas, S. A. (2006). Ecological predictors of traumatic stress symptoms in Caucasian and ethnic minority children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women*, *12*, 662-992.
- Grieger, T. A., Fullerton, C. S. y Ursano, R. J. (2003). Posttraumatic stress disorder, alcohol use, and perceived safety after the terrorist attack on the Pentagon. *Psychiatric Services*, *54*, 1380-1382.
- Guarnaccia, P. J., Canino, G., Rubio-Stipeç, M. y Bravo, M. (1993). The prevalence of ataques de nervios in the Puerto Rico Disaster Study: the role of culture in psychiatric epidemiology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *181*, 157-165.
- Hanson, R. F., Self-Brown, S., Fricker-Elhai, A. E., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E. y Resnick, H. S. (2005). The relations between family environment and violence exposure among youth: findings from the National Survey of Adolescents. *Child Maltreatment*, *11*, 3-15.
- Hawkins, S. S. y Radcliffe, J. (2006). Current measures of PTSD for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, *31*, 420-430.
- Hofmann, S. G., Meuret, A. E., Smits, J. A. J., Simon, N. M., Pollack, M. H., Eisenmenger, K., Shiekh, M. y Otto, M. W. (2006). Augmentation of exposure therapy with D-Cycloserine for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 298-304.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E. y Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 295-304.
- Jones, J. M. (2007). Exposures to chronic community violence: Resilience in African American children. *Journal of Black Psychology*, *33*, 125-149.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. y Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children - Present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 980-988.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. y Ryan, N. (1996). *Kiddie SADS- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. y Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, *113*, 164-180.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). 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, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the Nacional Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 1048-1060.

- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., Best, C. L. y Schnurr, P. P. (1998). *Nacional Survey of Adolescents Executive Summary*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., Best, C. L. y Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 19-30.
- Kilpatrick, D. G., Koenen, K. C., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Galea, S., Resnick, H. S., Roitzsch, J., Boyle, J. y Gelernter, J. (2007). The serotonin transporter genotype and social support and moderation of posttraumatic stress disorder and depression in hurricane-exposed adults. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1693-1699.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S. y Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 692-700.
- Kliwer, W., Lepore, S. J., Oskin, D. y Johnson, P. D. (1998). The role of social and cognitive process in children's adjustment to community violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 199-209.
- Kluft, R. P. (1991). Hypnosis in childhood trauma. En W. C. Wester II y D. J. O'Grady (dirs.), *Clinical hypnosis with children* (pp. 53-68). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Koenen, K. C., Fu, Q. J., Ertel, K., Lyons, M. J., Eisen, S. A., True, W. R., Goldberg, J. y Tsuang, M. T. (2008). Common genetic liability to major depression and posttraumatic stress disorder in men. *Journal of Affective Disorders, 105*, 109-115.
- Kolko, D. J. (1996). Clinical monitoring of treatment course in child physical abuse: Psychometric characteristics and treatment comparisons. *Child Abuse and Neglect, 20*, 23-43.
- Kulka, R. A., Schlesenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., Weiss, D. S. y Grady, D. A. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- La Greca, A. M., Silverman, W. K., Vernberg, E. M. y Prinstein, M. J. (1996). Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 712-723.
- La Greca, A. M., Silverman, W. K. y Wasserstein, S. B. (1998). Children's predisaster functioning as a predictor of posttraumatic stress following Hurricane Andrew. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 883-892.
- Layne, C. M., Pynoos, R. S., Saltzman, W. R., Arslanagic, B., Black, M., Savjak, N., Popovic, T., Durakovic, E., Mušic, M., Campara, N., Djapo, N. y Houston, R. (2001). Trauma/grief-focused group psychotherapy: School-based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 5*, 277-290.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. y Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: treatment manual. *Behavior Modification, 25*, 255-286.
- Lindley, S. E., Carlson, E. B. y Benoit, M. (2004). Basal and dexamethasone suppressed salivary cortisol concentrations in a community sample of patients with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 55*, 940-945.
- Litz, B. T., Engel, C. C., Bryant, R. A. y Papa, A. (2007). A randomized, controlled proof-of-concept trial of an Internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1676-1683.
- March, J. S., Amaya-Jackson, L., Murray, M. C. y Schulte, A. (1998). Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 585-593.

- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. y Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 317-325.
- Marmar, C. R. y Freeman, M. (1988). Brief dynamic psychotherapy of posttraumatic stress disorders: management of narcissistic regression. *Journal of Traumatic Stress*, *1*, 323-337.
- Marshall, G. N. y Orlando, M. (2002). Acculturation and peritraumatic dissociation in young adult latino survivors of community violence. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*, 166-174.
- McCart, M. R., Smith, D. W., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. y Ruggiero, K. J. (2007). Do urban adolescents become desensitized to community violence? Data from a national survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, *77*, 434-442.
- McElroy, L. P. y McElroy, R. A. (1989). Psychoanalytically oriented psychotherapy with sexually abused children. *Journal of Mental Health Counseling*, *11*, 244-258.
- McLeer, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T. y Scholle, R. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*, 1326-1333.
- Mezzich, J. E. y Raab, E. S. (1980). Depressive symptomatology across the Americas. *Archives of General Psychiatry*, *37*, 818-823.
- Milgram, N. A., Toubiana, Y. H., Klingman, A. R. y Goldstein, I. (1988). Situational Exposure and personal loss in children's acute and chronic stress reactions to a school bus disaster. *Journal of Traumatic Stress*, *1*, 339-352.
- Moisan, P. A., Sanders-Phillips, K. y Moisan, P. M. (1997). Ethnic differences in circumstances of abuse and symptoms of depression and anger among sexually abused black and latin boys. *Child Abuse and Neglect*, *21*, 473-488.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: a re-interpretation of 'conditioning' and 'problem-solving'. *Harvard Educational Review*, *17*, 102-148.
- Mowrer, O. H. (1960). Two-factor learning theory: versions one and two. En O. H. Mowrer y N. J. Hoboken (dirs.), *Learning Theory and Behavior* (pp. 63-91). New Jersey: Wiley.
- Myers, H. F., Lesser, I., Rodriguez, N., Mira, C. B., Hwang, W., Camp, C., Anderson, D., Erickson, L. y Wohl, M. (2002). Ethnic differences in clinical presentation of depression in adult women. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *8*, 138-156.
- Nader, K. O. (2004). Assessing traumatic experiences in children and adolescents: Self-reports of DSM PTSD criteria B-D symptoms. In J. P. Wilson y T. M. Keane (dirs.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2ª ed., pp. 513-537). Nueva York: Guilford.
- Neumann, D. A., Houskamp, B. M. y Pollock, V. E. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: a meta-analytic review. *Child Maltreatment*, *1*, 6-16.
- Newman, E., Weathers, F. W., Nader, K., Kaloupek, D. G., Pynoos, R. S., Blake, D. D., y Kriegler, J. A. (2004). *Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA) Interviewer's Guide*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Norris, F. H., Friedman, M. J. y Watson, P. J. (2002). 60,000 disaster victims speak: part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, *65*, 240-260.
- Norris, F. H., Perilla, J. L. y Murphy, A. D. (2001). Postdisaster stress in the United States and Mexico: a cross-cultural test of the multicriterion conceptual model of posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 553-563.
- Nugent, N. R., Christopher, N. C. y Delahanty, D. L. (2006). Emergency medical service and in-hospital vital signs as predictors of subsequent PTSD symptom severity in pediatric injury patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 919-926.
- Ortega, A. N. y Rosenheck, R. (2000). Posttraumatic stress disorder among Hispanic Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 615-619.

- Overstreet, S., Dempsey, M., Graham, D. y Moely, B. (1999). Availability of family support as a moderator of exposure to family violence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 158-159.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. y Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Patterson, G. R. y Capaldi, D. (1991). Antisocial parents: Unskilled and vulnerable. En P. A. Cowan y M. Hetherington (dirs.), *Family transitions* (pp. 195-218). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Patterson, G. R. y Dishion, T. J. (1988). Multilevel family process models: traits, interactions, and relationships. In R. A. Hinde y J. Stevenson-Hinde (dirs.), *Relationships within families: mutual influences* (pp. 283-310). Oxford: Clarendon Press.
- Perilla, J. L., Norris, F. H. y Lavizzo, E. A. (2002). Ethnicity, culture, and disaster Response: identifying and explaining ethnic differences in PTSD six months after Hurricane Andrew. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 20-45.
- Pfefferbaum, B. (1997). Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1503-1512.
- Pfefferbaum B., North, C. S., Doughty, D. E., Gurwitsch, R. H., Fullerton, C. S. y Kyula, J. (2003). Posttraumatic stress and functional impairment in Kenyan children following the 1998 American Embassy bombing. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 133-40.
- Pina, A. A. y Silverman, W. K. (2004). Clinical phenomenology, somatic symptoms, and distress in hispanic/latino and european american youths with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 227-236.
- Pole, N., Best, S. R., Metzler, T. y Marmar, C. R. (2005). Why are Hispanics at greater risk for PTSD? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11, 144-161.
- Pole, N., Best, S. R., Weiss, D. S., Metzler, T., Liberman, A.M., Fagan, J. y Marmar, C. R. (2001). Effects of gender and ethnicity on duty-related posttraumatic stress symptoms among urban police officers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 442-448.
- Pole, N., Gone, J. P. y Kulkarni, M. (2008). Posttraumatic stress disorder among Ethnoracial minorities in the United States. *Clinical Psychology Scientific Practice*, 15, 35-61.
- Pynoos, R. S. (1993). Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. In J.M. Oldham, M.B. Ribay A. Tasman (dirs.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (vol. 12, pp. 205-238). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Pynoos, R., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., Nuñez, F. y Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057-1063.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. y Wraith, R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (dirs.), *Developmental psychopathology* (vol. 2, pp. 72-95). Nueva York: Wiley.
- Reich, W. (2000). Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 59-66.
- Reich, W., Leacock, N. y Shanfield, K. (1994). *The diagnostic interview for children and adolescents - Revised (DICA-R)*. St. Louis, MO: Washington University.
- Reich, W. y Earls, F. (1987). Rules for making psychiatric diagnoses in children on the basis of multiple sources of information: Preliminary strategies. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 601-616.
- Resnick, H, Acierio, R., Holmes, M., Kilpatrick, D. G. y Jager, N. (1999). Prevention of post-rape psychopathology: preliminary findings of a controlled acute rape treatment study. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 359-370.

- Resnick, H., Acierno, R., Kilpatrick, D. G. y Holmes, M. (2005). Description of an early intervention to prevent substance abuse and psychopathology in recent rape victims. *Behavior Modification*, 29, 156-188.
- Ressler, K. J., Rothbaum, B. O., Tannenbaum, L., Anderson, P., Graap, K., Zimand, E., Hodges, L. y Davis, M. (2004). Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: use of D-Cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1136-1144.
- Robins, L. y Regier, D. A. (1991). *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study*. Nueva York: Free Press.
- Rosenheck, R. y Fontana, A. (1996). Race and outcome of treatment for veterans suffering from PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 343-351.
- Ruggiero, K. J., Morris, T. L., Hopko, D. R. y Lejuez, C. W. (2007). Application of behavioral activation treatment for depression to an adolescent with a history of child maltreatment. *Clinical Case Studies*, 6, 64-78.
- Ruggiero, K. J., Resnick, H. S., Acierno, R., Carpenter, M. J., Kilpatrick, D. G., Coffey, S. F., Meron Ruscio, A., Stephens, R. S., Stasiewicz, P. R., Roffman, R. A., Bucuvalas, M. y Galea, S. (2006). Internet-based intervention for mental health and substance use problems in disaster-affected populations: a pilot feasibility study. *Behavior Therapy*, 37, 190-205.
- Saltzman, K. M., Weems, C. F. y Carrion, V. G. (2006). IQ and posttraumatic stress symptoms in children exposed to interpersonal violence. *Child Psychiatry and Human Development*, 36, 261-272.
- Sanders-Phillips, K., Moisan, P. A., Wadlington, S., Morgan, S. y English, K. (1995). Ethnic differences in psychological functioning among black and latino sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect*, 19, 691-706.
- Saunders, B. E., Berliner, L. y Hanson, R. F. (2001). Guidelines for the psychosocial treatment of intrafamilial child physical and sexual abuse (Informe Final: 30 de Julio de 2001). Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Saunders, B. E., Berliner, L. y Hanson, R. F. (2004). *Child physical and sexual abuse: guidelines for treatment (informe final: 26 de abril de 2004)*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Schechter, D. S., Marshall, R., Salman, E., Goetz, D., Davies, S. y Liebowitz, M. R. (2000). Ataque de nervios and history of childhood trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 529-534.
- Scotti, J. R., Morris, T. L., Ruggiero, K. J. y Wolfgang, J. (2002). Posttraumatic stress disorder. En M. Hersen (dir.), *Clinical behavior therapy: adults and children* (pp. 361-382). Nueva York: Wiley.
- Shalev, A.Y., Bonne, O. y Eth, S. (1996). Treatment of posttraumatic stress disorder: a review. *Psychosomatic Medicine*, 58, 165-182.
- Simeon, D., Greenberg, J., Knutelska, M., Schmeidler, J. y Hollander, E. (2003). Peritraumatic reactions associated with the World Trade Center disaster. *American Journal of Psychiatry*, 169, 1702-1705.
- Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliott, M. N. y Fink, A. (2003). A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 290, 603-611.
- Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B. y Pynoos, R. S. (2004). The University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index. *Current Psychiatry Reports*, 6, 96-100.
- Strand, V. C., Sarmiento, T. L. y Pasquale, L. E. (2005). Assessment and screening tools for trauma in children and adolescents: a review. *Trauma, Violence, and Abuse*, 6, 55-78.
- Terr, L. C. (1984). Chowchilla revisited: The effects of psychic trauma four years after a school bus kidnapping. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, 300-317.

- Ulloa, R., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresan, A., Apiquian, R., Cortés, J., Arechavaleta, B., Foullieux, C., Martínez, P., Hernández, L. Domínguez, E. y de la Peña, F. (2006). Interrater reliability of the Spanish version of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children- Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 36-40.
- United States Department of Health and Human Services (2001). *Mental health: culture, race, and ethnicity. A supplement to Mental Health: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Autor.
- Urquiza, A. J. y McNeil, C. B. (1996). Parent-child interaction therapy: An intensive dyadic intervention for physically abusive families. *Child Maltreatment*, 1, 134-144.
- Varela, R. E., Vernberg, E. M., Sanchez-Sosa, J. J., Riveros, A., Mitchell, M. y Mashunkashey, J. (2004). Anxiety reporting and culturally associated interpretation biases and cognitive schemas: a comparison of Mexican, Mexican American, and European American families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 237-247.
- Vernberg, E. M. y Vogel, J. (1993). Interventions with children after disasters. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 484-498.
- Wasserstein, S. B. y La Greca, A. M. (1998). Hurricane Andrew: parent conflict as a moderator of children's adjustment. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 20, 212-224.
- Weiss, D. S. y Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale- Revised. En J. P. Wilson y T. M. Keane (dirs.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). Nueva York: Guilford.
- Widom, C. S., Weiler, B. L. y Cottler, L. B. (1999). Childhood victimization and drug abuse: a comparison of prospective and retrospective findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 867-880.
- Wilcox, J., Briones, D. y Suess, L. (1991). Auditory hallucinations, posttraumatic stress disorder, and ethnicity. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 320-323.
- Wohl, A. y Kaufman, B. (1985). *Silent screams and hidden cries: an interpretation of artwork by children from violent homes*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Zhang, A. y Snowden, L. R. (1999). Ethnic characteristics of mental disorders in five U.S. communities. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 5, 134-146.
- Zimrin, H. (1986). A profile of survival. *Child Abuse and Neglect*, 10, 339-349.

