

**Perspectivas actuales en el tratamiento
del trastorno de estrés postraumático
en la población infantil: Análisis
bibliométrico**

***Current approaches to post-traumatic
stress disorder among children:
A bibliometric analysis***

PILAR BAS SARMIENTO¹

MARTINA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ¹

AINHOA BARBACIL VICARIO²

CELIA-VICTORIA GUTIÉRREZ VÁZQUEZ²

Fecha de Recepción: 14-09-2005

Fecha de Aceptación: 21-04-2006

RESUMEN

El Trastorno de Estrés Postraumático en la población pediátrica, ha sido poco investigado. Así, hasta 1987 no se reconoce, en los criterios diagnósticos, que las reacciones de los niños al trauma pueden diferir de la de los adultos. Teniendo en cuenta estas diferencias en cuanto a la semiología del Trastorno de Estrés Postraumático, es lógico pensar que la evaluación e intervención de estos pacientes no puede plantearse de igual modo que en el caso de la población adulta.

Por todo ello, el objetivo del presente artículo es describir la evolución de la literatura científica, en los últimos 10 años, y establecer el estado actual de la cuestión, determinando las deficiencias y necesidades a considerar para desarrollar vías de estudio en futuras investigaciones.

¹ Profesora Titular de Escuela Universitaria. E.U. Enfermería de Algeciras. Universidad de Cádiz.

² Alumna Colaboradora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz.

ABSTRACT

Very little attention has been paid by researchers to post-traumatic stress disorder (PTSD) in the paediatric population. Not until 1987 the fact that child reaction to trauma may differ from adult reaction is reflected in diagnostic criteria. Bearing these differences in mind with regard to the PTSD semiology, we may think that planning of assessment and intervention must differ in the case of children.

Therefore, the aim of this paper is to follow the evolution of literature during the last 10 years, and to establish the current state of the art of PTSD in children. Deficiencies and needs will be remarked in order to develop future research lines.

PALABRAS CLAVE

Trastorno Estrés Postraumático en niños, Tratamiento, Revisión, Análisis Bibliométrico.

KEY WORDS

Posttraumatic Stress Disorder in Children; Treatment; Review; Bibliometric Analysis.

INTRODUCCIÓN

Las personas que son víctimas de sucesos aversivos inusuales de forma brusca tales como, las consecuencias de la guerra o de un atentado, las agresiones sexuales, los accidentes o las catástrofes naturales, responden, generalmente, con una reacción de estrés adaptativa, pudiendo sufrir, en última instancia, un Trastorno de Estrés Postraumático (TEP). En general, el trastorno tiende a ser más grave y más duradero cuando el suceso sufrido es más intenso y cuando las causas son obra del ser humano y no accidentales.

Para el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) el TEP aparece cuando la persona ha sufrido "o ha sido testigo de" un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien, conoce, a través de un familiar o cualquier otra persona cercana, acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daños serios o peligro de muerte o heridas graves. La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado). El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al

trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, evitación persistente de los estímulos asociados a él, embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, y de síntomas persistentes de activación (arousal). El cuadro sintomático completo debe estar presente más de un mes y provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (López Ibor y Valdés, 2003).

Ya en el DSM-IV, y a diferencia del DSM-III-R, se pone énfasis en la reacción de la persona y no tanto en el tipo de acontecimiento traumático y se incluyen criterios distintos de inclusión como agente inductor, tal es el caso del diagnóstico de enfermedad potencialmente mortal. Del mismo modo, el suceso vivido no tiene por qué encontrarse fuera del marco habitual de la experiencia humana. Se distingue entre tres subtipos –agudo, crónico y de inicio demorado– (American Psychiatric Association, 1994).

En el DSM-IV-TR, se ha actualizado la información sobre síntomas asociados, co-morbilidad con otros trastornos mentales, asociación con enfermedades médicas y curso (reactivación de síntomas en respuesta a recuerdos del acontecimiento traumático, estresores de la vida o nuevos acontecimientos traumáticos). Se describen evidencias de un componente hereditario en la transmisión del trastorno, así como la relación entre antecedentes de

depresión en familiares de primer grado y un aumento de la vulnerabilidad a presentar trastorno por estrés postraumático (López Ibor y Valdés, 2003).

Los cambios en la conceptualización del diagnóstico, las diferentes explicaciones acerca de la naturaleza del cuadro, la naturaleza del propio acontecimiento traumático (que determina, en cierta medida, la heterogeneidad de la sintomatología) así como, la misma heterogeneidad entre los que buscan tratamiento y las dificultades metodológicas que entrañan estos estudios de investigación, han influido en el curso de la intervención terapéutica.

La ambigüedad conceptual y etiológica que rodea este síndrome se acrecienta cuando nos centramos en la población infantil. Así, no es hasta la versión revisada del DSM-III (American Psychiatric Association, 1987) cuando se considera que las reacciones de los niños al trauma pueden diferir de la de los adultos. En el DSM-IV-TR aparece un apartado específico donde se señalan aspectos semiológicos en función de la edad: los niños no suelen tener la sensación de revivir el pasado, la reexperimentación del trauma puede reflejarse en juegos de carácter repetitivo. La sensación de un futuro desolador puede traducirse en la creencia de que su vida no durará tanto como para llegar a adulto. También pueden generar la creencia de una especial capacidad para pronosticar acontecimientos desagradables. Los niños pueden presentar síntomas físicos como dolor de

estómago y/o cabeza (American Psychiatric Association, 2000).

Con el absoluto convencimiento de que el TEP se manifiesta de forma diferente a lo largo de las distintas etapas del desarrollo nos planteamos, entre otros, una serie de interrogantes que motivaron la presente revisión: ¿Es más o menos probable que los niños se adapten a estos tipos de acontecimientos traumáticos? ¿influye la edad en el desarrollo del TEP y, en el modo de responder a un tratamiento? ¿es adecuado para un niño revivir (aunque sea a nivel cognitivo) el acontecimiento traumático? ¿de qué manera influye, en la adaptación del niño, la reacción de los padres?

Para intentar dar respuesta a las cuestiones anteriormente planteadas, nuestro objetivo ha sido describir la evolución de la literatura científica, respecto a la intervención en el TEP infantil, en los últimos 10 años y establecer el estado actual de la cuestión, determinando las deficiencias y necesidades a considerar para desarrollar vías de estudio en futuras investigaciones.

METODOLOGÍA

Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica mediante el sistema digitalizado PROQUEST de la Biblioteca de la Universidad de Cádiz, servicio global de publicaciones electrónicas que nos permite recoger y analizar información documental en las siguientes bases de datos:

PsycARTICLES

Búsquedas en la base de datos principal de la American Psychological Association. Acceso a casi 50 publicaciones principales de texto completo sobre Psicología.

ProQuest Psychology Journals

Con cobertura completa de texto completo de publicaciones principales sobre Psicología y temas relacionados.

Proquest Medical Library

Búsquedas en una completa base de datos que combina el índice MEDLINE con imágenes para más de 200 títulos médicos clave. Ofrece cobertura de todas las principales especialidades sanitarias, incluyendo: enfermería, pediatría, psiquiatría, farmacología y terapia física entre otras.

Proquest Research Library-Health Module

Búsquedas en publicaciones periódicas sobre temas de salud tales como condiciones médicas, consumo de drogas, seguros, política de salud, etc.

Con este criterio y utilizando los descriptores "*posttraumatic stress disorder + children + treatment*" se obtuvo un total de 59 artículos de los que se obtienen los siguientes resultados:

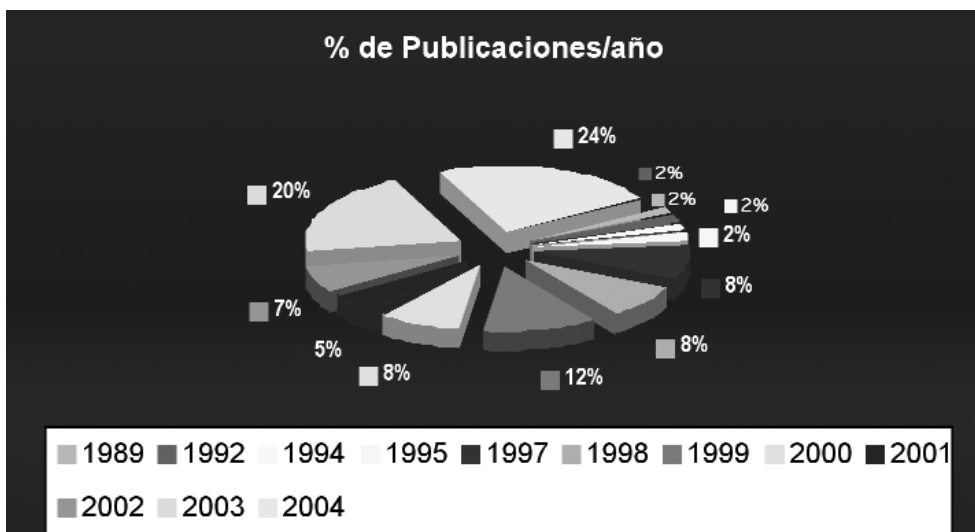
RESULTADOS. ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO

ANÁLISIS DE PRODUCTIVIDAD:

A continuación se exponen los resultados relativos al análisis de productividad: anual, por países y autores.

Producción anual: el primer artículo aparece en 1989 (Pattern, Gatz, Jones y Thomas, 1989) tras el cual ha de transcurrir un periodo de tres años para que se produzca una nueva y única publicación – en 1992-, una revisión empírica sobre la eficacia de los tratamientos para el TEP hasta esa fecha (Solomon, Gerrity y Muff, 1992). Tras otros dos años de espera, se publican dos nuevos artículos en 1994 y 1995, respectivamente. A partir de 1997 se observa una tendencia ascendente con un incremento sustancial a partir de 2002. Como aparece en la figura 1, la mayor parte de los trabajos aparecen en los últimos cinco años (38 artículos, 64,40%). Los dos últimos años, es decir, 2003 y 2004 son los más productivos, concentrando el 44,06% de los trabajos, observándose un progresivo incremento en la frecuencia de publicaciones en el periodo 2002-2004.

Producción por países: Estados Unidos es el país más productivo (96,2%) con una diferencia significativa respecto al resto de países productores. En otro bloque se encuentran dos países, pertenecientes al continente europeo, concretamente, Holanda e Inglaterra, con un 3,7%



de la producción (1 artículo cada uno).

Productividad por autores: en la revisión han aparecido un total de, aproximadamente, 185 autores, de los cuales dos son anónimos. Tal y como se detecta habitualmente en los estudios de bibliometría, el 91,3% de los autores han publicado un único artículo sobre el tema, frente al 2,7% que han producido, al menos, tres trabajos. Siguiendo la estructura de Ortigosa, Quiles y Méndez (2002), se pueden establecer cuatro categorías según la cantidad de producción: grandes productores (con más de 10 artículos), productores moderados (entre 5 y 9), aspirantes (entre 2 y 4) y transeúntes (1 artículo). Siguiendo esta clasificación, los autores se distribuyen entre las dos últimas categorías de la siguiente forma: 8,6% de aspirantes y 91,6% de transeúntes. El autor más producti-

vo es JA. Cohen con cuatro artículos: dos de ellos dedicados, específicamente, a niños afectados de síntomas de TEP a causa del dolor o de abusos sexuales (Cohen, Mannarino y Knudsen, 2004; Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer, 2004) y el resto son consideraciones generales para el tratamiento de este tipo de desórdenes (Cohen y Mannarino, 1996; Cohen, 1998). Otros autores productivos, con un máximo de tres artículos son: A.P. Mandarino, C.M. Chemtob, N. Kassan-Adams, Kazak, Barakat y Meeske.

Autores significativos en el estudio del TEP en niños, como es el caso de Pynoos, Vernberg, Goenjian, Pfefferbaum, o el mismo Yule, muestran en este caso, una escasa productividad científica, probablemente debido al descriptor utilizado en el presente trabajo ("*posttraumatic stress disorder+children+treatment*"). Si ampliamos el descriptor a

aspectos generales, semiológicos o de evaluación, estos autores aparecerán como grandes productores.

ANÁLISIS POR MATERIAS:

Productividad por revistas: el análisis muestra que los 59 trabajos localizados se distribuyen, en su totalidad, en publicaciones periódicas. A su vez, éstos se dividen en: 27 estudios de tratamiento del TEP infantil en situaciones concretas; 9 consideraciones generales del tratamiento del estrés postraumático en la población infantil; 6 revisiones teóricas; 5 trabajos enfocados en las medidas y procedimientos de evaluación; 3 estudios aleatorios controlados; 2 estudios longitudinales; 2 estudios piloto; 2 comentarios de autores y el resto de las publicaciones se distribuyen entre editoriales, estudios de caso único y una réplica.

De las 31 revistas en las que se han publicado estos trabajos, la más productiva, con diferencia, es *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, que representa el núcleo de las publicaciones específicas en este ámbito con 14 artículos. Las siguientes son: con un total de 6 artículos, la revista *Pediatrics*; con 5 artículos, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; con un total de 4 artículos, *Child Abuse and Neglect*; con 3 artículos, *American Journal of Psychiatry* y con dos, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* y *The Journal of the American Medical Association*.

Productividad por áreas temáticas: con el fin de realizar el análisis de las materias se han distribuido las temáticas en dos grandes grupos: modelos teóricos de intervención y patologías tratadas.

Con respecto a la primera categoría, sólo aparecen 3 artículos relacionados directamente con la terapia cognitivo-comportamental individual; 5 artículos que desarrollan estrategias de tratamiento enfocadas a los niños afectados y a sus padres y 2 artículos destinados a la intervención cognitivo-conductual de índole grupal.

El principal tema específico tratado, en el total de las 59 publicaciones, es el abuso sexual en los niños, con un total de 13 estudios. Le sigue el análisis de las patologías mentales como factor de riesgo de un posible estrés postraumático (con 6 artículos) y el tratamiento del TEP en niños víctimas de cánceres (con 5 artículos). El resto de las áreas temáticas contempladas abarcan desde los accidentes de tráfico, hospitalización en general, otras patologías orgánicas y desastres provocados por el hombre (como las guerras o atentados terroristas...).

APORTACIONES DE LA LITERATURA ACTUAL EN TORNO AL TEP EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Como hemos podido ver en el análisis bibliométrico y de acuerdo con Foa (2000), existe muy poca

investigación de intervención en niños con TEP. De hecho, las altas tasas de exposición a sucesos traumáticos (por ejemplo abuso sexual, accidentes de tráfico graves, desastres naturales, violencia familiar...) entre niños y el impacto psicológico de estas exposiciones ha sido foco de atención, por parte de investigadores y clínicos en el ámbito de la salud mental, sólo recientemente.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Los estudios basados en la población general de EE.UU. revelan tasas de prevalencia para el TEPT, de aproximadamente, un 8% de la población adulta. No existe actualmente información disponible referente a la prevalencia de la población general en nuestro país. Los estudios realizados en individuos en situación de riesgo (expuestos a acontecimientos traumáticos específicos) arrojan resultados variables, con los porcentajes más elevados observados entre los supervivientes a violaciones, combates militares, cautividad, internamientos por causas étnicas o políticas y genocidio (American Psychiatric Association, 2000).

En los niños y concretamente en muestras escolares, algunos estudios han determinado tasas de exposición al trauma, entre el 40-70% (Jenkins y Bell, 1994; Giaconia, Reinherz, Silverman, Pakiz, Frost y Cohen, 1995). En otro estudio, el 25% de los jóvenes entrevis-

tados informaban haber experimentado algún suceso traumático de alta intensidad en sus primeros 16 años de vida (Costello, Erkanli, Fairbank y Angold, 2002). Particularmente interesante resulta las altas tasas de exposición a traumas entre jóvenes hospitalizados con serios trastornos emocionales, siendo de hasta un 93% (Lipschitz, Winegar, Hartnick, Foote y Southwick, 1999). En este mismo sentido, un reciente metaanálisis del abuso sexual, realizado por Paolucci, Genuis y Violato (2001) nos revela como este problema se encuentra en un 36% de la población infantil.

A raíz de estos porcentajes, algunos autores han coincidido en sugerir que la exposición a sucesos traumáticos puede conducir a serios trastornos de estrés postraumático, con tasas que oscilan entre el 10-100% de probabilidad (Stuber, Nader, Yasuda, Pynoos y Cohen, 1991; Sauter y Franklin, 1998). En definitiva, la variedad de las tasas de prevalencia dependen de determinados factores de riesgo como la exposición a sucesos traumáticos, la severidad del suceso traumático, el procesamiento cognitivo del trauma (Brown, 2003), las características del niño/adolescente, la historia del trauma e historia psiquiátrica, la influencia familiar (Buka, Stichick, Birdthistle y Earls, 2001; Fletcher, 2003; Fremont, 2004) o los criterios diagnósticos utilizados (Ej.: los criterios diagnósticos del DSM-III presentan cifras más altas que los criterios del DSM-III-R).

EVALUACIÓN:

Existen serias dificultades metodológicas a la hora de evaluar determinados factores en el TEP en niños, tales como:

- Los niños tienen, especialmente, dificultades en contar la experiencia subjetiva.
- Los criterios diagnósticos para el TEP pueden no estar bien formulados para su aplicación en niños (Tierney, 2000).
- La evaluación del trauma carece de medidas psicométricas refinadas.
- Las características de los síntomas del TEP pueden afectar a la certeza y validez de las medidas estimadas del trauma (por ejemplo, las oscilaciones en la expresión de los síntomas).
- Muchos estudios se han llevado a cabo con poblaciones psiquiátricas, en cambio muy pocos han utilizado un grupo control e, igualmente, los estudios específicos relacionados con el trauma han valorado los efectos en muestras pequeñas, que hacen difícil la generalización de los resultados (McCloskey, 2000).
- Finalmente, pocos estudios incorporan en sus diseños el rigor empírico necesario para explorar la influencia de posibles variables moduladoras (por ejemplo, la edad o el género) o efectos mediadores (por ejemplo, el apoyo de la familia) (Cohen, Berliner y Mannarino, 2000).

Tal y como nos sugiere el estudio de Feeny, Treadwell, Foa y March (2004), una de las herramientas de evaluación de este trastorno más útil para los clínicos, junto con la entrevista estructurada, en la población infantil, pueden ser los autoinformes. Éstos son utilizados como medidas de screening cuando no hay suficientes criterios clínicos para evaluar individualmente a los niños, o cuando el número de niños afectados por un suceso traumático (ej: víctimas de un terremoto) es muy amplio. El problema surge cuando comprobamos que existen muy pocas medidas de autoinforme de síntomas infantiles de TEPT que hayan sido validadas psicométricamente e incluidas en los criterios del DSM-IV-TR (Saigh, 2004).

En la siguiente tabla se resumen algunas de las principales medidas diagnósticas, incluyendo cuestionarios destinados a los padres y/o cuidadores partiendo del análisis realizado por Cook-Cottone (2004) (tabla 1 en página 78).

La Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP, 1998), ha proporcionado guías para la evaluación y tratamiento del TEP infantil. Esta evaluación consta de dos fases: a) recopilación de la historia traumática (a través de la entrevista diagnóstica semiestructurada, como puede ser *The Saigh and Bremner's Children's PTSD Inventory*) y b) evaluación de la severidad, duración y frecuencia de los síntomas (Brown, 2003).

Tabla 1
Medidas diagnósticas del TEP

Medida	Autor	Edad	Formato	Tiempo de administración	Aspecto evaluado	Idioma
Angie/Andy Child Rating Scales (A/A CRS)	Praver, DiGiuseppe, Pelcovitz, Mandel y Gaines, 2000.	6-12 años	Autoinforme 44 ítems.	30-45 minutos	TEP	Original inglés
Child PTSD Symptom Scale (CPSS)	Foa, Johnson, Feeny y Treadwell, 2001	8-18 años	Autoinforme 7 ítems.	15 minutos	Diagnóstico y sintomatología TEP.	Original inglés
Child Posttraumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI)	Pynoos, et al., 1987	6-16 años	Autoinforme 20 ítems.	15-45 minutos	Sintomatología TEP grave	Original inglés
Child Report of Posttraumatic Symptoms (CROPS)	Greenwald y Rubin, 1999	8-13 años	Autoinforme	5 minutos	Amplio espectro de la sintomatología postraumática	Original inglés Traducido al español, alemán, bosnio, persa, danés y finlandés
Child's Reaction to Traumatic Events Scale (CRTES)	Jones, 1994	6-18 años	Autoinforme 15 ítems	3-10 minutos	Respuesta psicológica ante sucesos vitales estresantes	Original inglés Traducido al español
Childhood PTSD Interview (CPTSDI)	Fletcher, 1996	Niños/Adolescentes (edad no especificada)	Entrevista semiestructurada	30-45 minutos	TEP	Original inglés Se está trabajando en una versión española
Children's Posttraumatic Stress Disorder Inventory-DSM-IV	Saigh, et al., 2000	7-18 años	Entrevista	15-20 minutos	TEP	Original inglés Traducido al español y canadiense.

Continúa en página siguiente

Media	Autor	Edad	Formato	Tiempo de administración	Aspecto evaluado	Idioma
Diagnostic Interview for Children and Adolescent-Revised, The PTSD Module (DICA-R, PTSD)	Reich, Shayka y Taibleson, 1991	6-17 años	Entrevista	90 minutos	TEP	Original inglés Adaptada al español por: Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1997.
Los Angeles Symptom Checklist (LASC)	King, King, Leskin y Foy, 1995	Adolescentes/adultos	Entrevista	10-20 minutos	Sintomatología TEP	Original inglés
My Worst Experience Scale (MWES)	Hyman, Snook, Lurkis, Phan y Britton, 2001	9-18 años	Autoinforme 132 ítems	20-30 minutos	Naturaleza del suceso traumático y sintomatología del suceso traumático.	Original inglés
Parent Report of Child's Reaction to Stress	Fletcher, 1996	Niños/Adolescentes (edad no especificada)	Informe para padres y/o cuidadores	30-45 minutos	Sintomatología TEP	Original inglés
Parent Report of Post-traumatic Symptoms (PROPS)	Greenwald y Rubin, 1999	6-18 años	Informe para padres y/o cuidadores	5-10 minutos	Sintomatología TEP	Original inglés Traducido al alemán, español, bosnio, persa, danés, italiano y finlandés
Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)	Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993	17-65 años	Autoinforme 40 ítems.	10-15 minutos	TEP	Original inglés
PTSD Checklist-Parent Report on Child (PCL-PR)	Ford, Thomas, Rogers, et al., 1996	Niños (edad no especificada)	Informe para padres y/o cuidadores 17 ítems.	5-7 minutos	TEP	Original inglés
Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)	Briere, 1996	8-16 años	Autoinforme 54 ítems.	10-20 minutos	TEP	Original inglés Traducido al español y francés.
When Bad Things Happen Scale (WBTH)	Fletcher, 1992	8-13 años	Autoinforme	10-20 minutos	TEP	Original inglés

No podemos olvidar, desde el punto de vista de la evaluación y diagnóstico del trastorno, que la respuesta al trauma, en niños, puede ser, algo desorganizada y/o se acompaña de un comportamiento agitado. Para los niños, los síntomas característicos del TEP pueden aparecer como juegos repetitivos sobre el suceso traumático o como pesadillas generalizadas (sueños específicamente relacionados con el suceso traumático). Por otro lado, los síntomas psicósomáticos son comunes entre los niños más jóvenes. Los síntomas deben provocar un deterioro significativo en el área social, escolar y/o familiar (Brown, 2003).

Por otro lado, es probable que el Trastorno de Estrés Postraumático se manifieste de forma diferente a lo largo de las distintas etapas del desarrollo al igual que la capacidad para controlar el propio funcionamiento psicosocial, factores, por tanto, que hay que tener en cuenta a la hora de evaluar e intervenir. Así, los niños en edad preescolar, expresan los síntomas mediante canales no verbales. Esta característica específica dificulta el diagnóstico, ya que más de la mitad de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR requieren de una descripción verbal del estado subjetivo (Scheeringa, Peebles, Cook y Zeanah, 2001). Por otra parte, los niños de edad escolar, parecen que presentan menos síntomas cognitivos - mínima reexperimentación de lo sucedido- y poca evitación -incapacidad para recordar un elemento del trauma y evitación de pensa-

mientos y sentimientos o conversaciones sobre el evento- (Salmon y Bryant, 2002). En estos casos, los requerimientos de evitación y lapsus de memoria deben obviarse y que jueguen un papel fundamental los síntomas conductuales, la ansiedad de separación, pesadillas y agresiones (Scheeringa, Zeanah, Drell y Larrieu, 1995; Yule, 2001). En el caso de los preadolescentes y adolescentes, éstos pueden procesar cognitivamente la experiencia vivida e integrarla en un contexto. De este modo, a partir de esta edad los síntomas pueden llegar a ser cada vez más similares a las manifestaciones adultas. Sin embargo, para esta población aspectos tales como la identidad, el futuro y la seguridad son fácilmente vulnerables (Johnson, 1998; Cook-Cottone, 2000).

TRATAMIENTO:

El consenso clínico sugiere que el tratamiento debería implicar exploración directa del trauma (cuando se discute el incidente con el niño es importante que se reconozcan los elementos del acontecimiento que causaron miedo, el restarle importancia al peligro no elimina las preocupaciones del niño), técnicas de manejo del estrés, identificación y corrección de atribuciones inadecuadas sobre el trauma y compromiso de los padres (American Academy Child and Adolescent Psychiatry, 2002).

Se realizaron cuatro estudios (Chemtob, Nakashima y Hamada,

2002; Goenjian et al., 1997; March, Amaya-Jackson, Murray y Shulte, 1999; Stein et al., 2003), desde 1997 a 2003, donde se analiza la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales aplicados a grupos de jóvenes. Las técnicas más ampliamente utilizadas en éstos son: terapia de exposición al trauma e inoculación al estrés, psicoeducación, resolución de problemas, relajación y reestructuración cognitiva. Los resultados apoyan la utilidad de las terapias cognitivo-conductuales administradas en grupo para el alivio de los síntomas del TEP. No obstante, cabe destacar la necesidad de incluir largos periodos de seguimiento, en estos grupos, para examinar la estabilidad de los resultados. Igualmente, sería interesante, también, interesante que se incluyesen medidas de la adaptación de estos niños y no sólo centrarse en la reducción de los síntomas psicopatológicos.

Los estudios de caso único, con niños mayores y adolescentes, indican que la inundación imaginada se asocia con la reducción de algunos síntomas del TEPT (Saigh, Yule e Inamdar, 1996). La limitada evidencia sobre la eficacia de este tipo de intervención proviene, como ya hemos comentado, de una serie de estudios de caso único de una muestra de niños libaneses víctimas de la guerra (Saigh, 1987a; 1987b; 1987c; 1989). Sin embargo, se requiere cierta cautela a la hora de extrapolar las asunciones sobre intervenciones basadas en la exposición en adultos a niños, particularmente en

niños pequeños. Es probable que, dependiendo del nivel de desarrollo, los niños puedan:

- Tener dificultad en comprender la exposición.
- Tener dificultad en mantener la atención durante un tiempo suficiente.
- Ser adicionalmente traumatizados por focalizar imágenes traumáticas, por un período prolongado de tiempo, si tienen pocos recursos para controlar la ansiedad asociada y son incapaces de indicar su nivel de estrés a los adultos.
- No tienen suficiente control de sus procesos cognitivos que les permita usar estrategias con el fin de modificar las creencias en relación a las imágenes. La investigación que trata el desarrollo de los niños y la habilidad para manejar sus pensamientos sugiere que la terapia cognitiva no debe ser usada en niños en la primera mitad de la infancia (Weisz y Weiss, 1989), aunque algunos estudios siguen esta línea (March et al., 1999).

Con respecto a la intervención de niños con TEPT a través de la Desensibilización de Movimientos Oculares (EMDR), sólo existe publicado un estudio controlado que analiza la eficacia de esta terapia (Chemtob et al., 2002). Los niños que fueron sometidos a los grupos de tratamiento de EMDR presentaron mejo-

ras en la reducción de los síntomas de TEP, ansiedad y depresión. Seis meses después, estas mejoras continuaban. Lo más interesante de este estudio es la utilización de medidas de evaluación en el periodo de pos-tratamiento y seguimiento.

Desde el punto de vista de los tratamientos farmacológicos, las últimas evidencias neurobiológicas, (Cohen, Mannarino y Rogal, 2001) sugieren que los niños que sufren TEP pueden experimentar ciertos desórdenes neurofisiológicos como: una sobreactividad en la amígdala; baja reactividad del cortex prefrontal; elevados niveles de dopamina; incremento de la actividad de los sistemas adrenérgicos (norepinefrina/epinefrina); niveles elevados de endorfinas y bajos niveles de serotonina. A partir de estos hallazgos, podemos aventurarnos a concluir que los niños con TEP pueden beneficiarse de las intervenciones farmacológicas centradas en la disminución de la transmisión adrenérgica (fármacos beta-bloqueantes, tales como el *propranolol* y *clonidina*) y en el aumento de dopamina y serotonina (inhibidores de la recaptación de serotonina como el *citalopram*) (Seedat, Lockhat, Kaminer, Zungu Dirwayi y Stein, 2001; Seedat, Stein, Ziervogel, et al., 2002). En resumen, la investigación en el uso de medicación como tratamiento del TEPT infantil está emergiendo y es esperanzadora. De hecho, los nuevos fármacos cada vez generan menos efectos adversos. Sin embargo, a pesar del imparable trabajo en este campo, todavía los estudios de investigación presentan

importantes problemas metodológicos como empleo de muestras pequeñas y dificultad de manipular aleatoriamente las variables.

Finalmente, no podemos olvidar que la terapia debe dirigirse, también, a los padres para darles el soporte adecuado, lo que requiere que lleguen a convertir discusiones en charlas acerca del trauma, que sepan interpretar la conducta del niño, ayudarles a manejar sus emociones y reforzar las respuestas adaptativas. Otra razón para implicar a los padres en el tratamiento es que tienen un papel importante en la adopción, por parte de los niños, de estrategias de afrontamiento adecuadas, tal y como se manifiesta en los resultados obtenidos del estudio de Melnyk, Alpert-Gillis, Feinstein, Crean et al. (2004), en donde una amplia muestra de padres recibió una intervención psicosocial dirigida a fomentarles estrategias de afrontamiento para hacer frente a la hospitalización de sus hijos. Los resultados obtenidos muestran cómo el grupo de padres que participaron como grupo experimental, desarrollaron menos síntomas de estrés e influyeron positivamente en la adaptación de sus hijos, desarrollando éstos últimos menos síntomas de estrés postraumático (Melnyk et al., 2004). En este mismo sentido, el estudio de Cohen y Mannarino (1996) ha tratado de evaluar la importancia relativa de la implicación del cuidador (padres, profesores, tutores...) en el tratamiento y mejora del niño. Extendiendo este estudio Deblinger, Lippmann y Steer (1996), compara-

ron la eficacia de la terapia cognitivo-comportamental en función de los participantes al tratamiento, es decir, niñas víctimas de abusos sexuales tratadas solas o con sus cuidadores. Los resultados mostraron como las niñas que fueron asignadas al grupo de intervención cognitivo-comportamental en el cual sus cuidadores participaban directamente, presentaron una mayor reducción de sintomatología TEPT y depresión que aquellas niñas que fueron asignadas al grupo control.

CONCLUSIONES

1. Aunque en los últimos años han proliferado los estudios respecto al estrés postraumático en niños, aún es escasa la productividad científica sobre el tema, los pocos estudios existentes carecen en su mayoría de rigor metodológico; las técnicas aplicadas no están adaptadas al nivel de desarrollo del niño y las muestras no son representativas.
2. La utilidad de la terapia cognitiva-conductual no ha sido evaluada adecuadamente en el caso del TEPT en niños, a pesar de ser el único tipo de intervención que ha sido objeto de estudio y de publicaciones (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998; Cohen, Berliner y Mannarino, 2000). Especialmente, se necesitan más estudios controlados que determinen, de forma empírica, la eficacia de la terapia de exposición (imaginada y en vivo) para el tratamiento del TEPT en jóvenes (Feeny et al., 2004), teniendo en cuenta el nivel de desarrollo cognitivo y el riesgo de ser adicionalmente traumatizados.
3. Se necesita probar la eficacia de aproximaciones de tratamiento y evaluar sistemáticamente los mecanismos que median en la recuperación de los niños (por ejemplo cogniciones, conductas y emociones) en las diferentes etapas del desarrollo.
4. Las intervenciones farmacológicas tienden a ser utilizadas, conjuntamente con la terapia comportamental, para controlar síntomas incapacitantes o para el tratamiento de los trastornos comórbidos. Aunque la investigación en este campo, y en concreto, como tratamiento del TEPT infantil está emergiendo y es esperanzadora.
5. Por otro lado, el tratamiento del TEPT en niños debe tener en cuenta los efectos a largo plazo del trauma que solamente pueden ser observados en estadios de desarrollo posterior.
6. La revisión de la literatura indica, a modo general, que al tratar niños traumatizados deberían tenerse en cuenta que (Salmon y Bryant, 2002):
 - Los niños entiendan la razón y las técnicas de cualquier estrategia, antes de comenzar la intervención. En particular, los

niños pequeños, necesitarán explicaciones de la terapia cognitiva o de exposición que se ajusten al nivel de desarrollo del niño.

- La complejidad de cualquier intervención debería modificarse de forma que no exceda las capacidades cognitivas o emocionales de los niños. Por ejemplo, se necesita una cuidadosa valoración de la capacidad del niño para controlar las emociones antes de proceder con algún protocolo de intervención. Igualmente, la reestructuración cognitiva necesita ser conducida de forma consensuada con las habilidades meta-cognitivas del niño.
 - La falta de resultados de estudios controlados remarca la necesidad de que los clínicos controlen cuidadosamente la respuesta al tratamiento, ya que una intervención elegida puede ser modificada en el contexto de las capacidades emocionales y cognitivas del niño.
7. Finalmente, dada la alta prevalencia de exposiciones a sucesos traumáticos entre la población infantil y adolescente, y el consiguiente riesgo de desarrollar un TEP, sería beneficioso, desde el punto de vista psicológico, biológico y socioeconómico, potenciar la investigación centrada en estrategias de prevención y valorar la eficacia de las mismas.

REFERENCIAS

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2002). *Ayudando a los niños después de una catástrofe*. [En línea]. Obtenido el 18 de septiembre de 2002 en <http://www.aacap.org/publications/apnts-fam/fff36.htm>.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 4-26.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. (1º Ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3º ed. rev.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4º ed.)*. Washington, DC: APA.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Brown, E.J. (2003). Child physical abuse: Risk for psychopathology and efficacy of interventions. *Curr. Psychiatry Rep.*, 5(2), 87-94.
- Buka, S.L., Stichick, T.L., Birdthistle, I. y Earls, F.J. (2001). Youth exposure to violence: prevalence, risks, and consequences. *Am. J. Orthopsychiatry*, 71 (3), 298-310.
- Chemtob, C.M., Nakashima, J. y Hamada, R.S. (2002). Psychosocial intervention for post disaster trauma symptoms in elementary school children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 211-216.
- Cohen, J.A. (1998). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17 (2), 997-1002.
- Cohen, J.A., Berliner, L. y Mannarino, A.P. (2000). Treating traumatizing children: A research review and synthesis. *Trauma, Violence y Abuse*, 1, 29-47.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P. y Steer, R.A. (2004). A multisite, random controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (4), 393.
- Cohen, J.A. y Mannarino, A.P. (1996). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *J. Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35 (10), 1402-1410.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. y Knudsen, K. (2004). Treatment childhood traumatic grief: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (10), 1225.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. y Rogal, S. (2001). Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 25 (1), 123.
- Cohen, J.A., Berliner, L. y Mannarino, A.P. (2000). Treatment of children and adolescents. In E. Foa, T. Keane y M. Friedman

(Eds.). *Effective treatments for PTSD*. New York: Guildford Press.

Cook-Cottone, C. (2000). *Connection and recovery: Posttraumatic stress disorder and school reintegration*. New Orleans: National Association of School Psychologist.

Cook-Cottone, C. (2004). *Childhood post-traumatic stress disorder: diagnosis, treatment, and school reintegration*. *School Psychology Review*, 33 (1), 127-139.

Costello, J.E., Erkanli, A., Fairbank, J.A. y Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 99-112.

Deblinger, E., Lippmann, J. y Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1 (4), 310-322.

Ezpeleta, L., de la Osa, N., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Lusilla, L.M. (1997). Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents -DICA-R-. *Psicothema*, 9, 529-539.

Feeny, N.C., Treadwell, K.R.H., Foa, E.B. y March, J. (2004). Posttraumatic stress disorder in youth: a critical review of the cognitive and behavioral treatment outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35 (5), 466-476.

Fletcher, K.E. (1992). *When bad things happen*. Unpublished manuscript. University of Massachusetts Medical Center, Worcester.

Fletcher, K.E. (1996). Psychometric review of the childhood PTSD interview. En B.M. Stamm (ed.), *Measurement of stress,*

trauma, and adaptation, (pp. 87-89). Lutherville, MD: Sidran Press.

Fletcher, K.E. (1996). Psychometric review of the parent report of child's reaction to stress. En B.M. Stamm (ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation*, (pp. 225-227). Lutherville, MD: Sidran Press.

Fletcher, K.E. (2003). Childhood posttraumatic stress disorder. En E.J. Mash y R.A. Barkley. *Child Psychopathology*. New York: The Guildford Press.

Foa, E.B. (2000). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal Clin. Psychiatry*, 61 (Suppl. 5).

Foa, E., Johnson, K., Feeny, N. y Treadwell, K. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (3), 376-384.

Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V. y Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.

Ford, J.D., Thomas, J.E., Rogers, K.L., et al. (1996). *Assessment of children's PTSD following abuse or accidental trauma. Presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*. San Francisco, November, 9-13, 1996.

Fremont, W.P. (2004). Childhood reactions to terrorism-induced trauma: a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 43 (4), 381-392.

Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, A.B., Pakiz, B., Frost, A.K. y Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Acade-*

my of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 1369-1380.

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.

Greenwald, R. y Rubin, A. (1999). Assessment of posttraumatic symptoms in children: development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9, 61-75.

Hyman, I., Snook, P., Lurkis, L., Phan, C. y Britton, G. (2001). *Student alienation and trauma scale: assessment, research and practice*. Paper presented at the 109th Annual Convention of the American Psychological Association. San Francisco.

Jenkins, E.J. y Bell, C.C. (1994). Violence among inner city high school students and posttraumatic stress disorder. En S. Friedman (ed.). *Anxiety disorders in African Americans*. New York: Springer.

Johnson, K. (1998). *Trauma in the lives of children: crisis and stress management for counsellors, teachers, and other professionals*. Alameda: Hunter House.

Jones, R.T. (1994). Child's Reaction to Traumatic Events Scale (CRTES). A self report traumatic stress measure. (Available from the author, Dept. of Psychology, Stress and Coping Lab, 4102 Derring Hall, Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg, VA 24060).

King, L.A., King, D.W., Leskin, G.A. y Foy, D.W. (1995). The Los Angeles Symptom Checklist: a self-report measure of post-traumatic stress disorder. *Assessment*, 2, 1-7.

Lipschitz, D.S., Winegar, R.K. Hartnick, E., Foote, B. y Southwick, S.M. (1999). Post-traumatic stress disorder in hospitalized adolescents: psychiatric comorbidity and clinical correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (4), 385-393.

López Ibor, J.J. y Valdés, M. (dir.).(2003). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.

March, J., Amaya-Jackson, L., Murray, M.K. y Schulte, A. (1999). Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stress. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 585-594.

McCloskey, L. (2000). Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single event trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 108-115.

Melnyk, B.M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N.F., Crean, H.F., et al. (2004). Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics*, 113 (6), 597.

Ortigosa, J.M., Quiles, M.J. y Méndez, F.X. (2002). Desensibilización por movimiento de ojos y reprocesamiento: una década después. *Psiquis*, 23 (1), 35-43.

Paolucci, E.O., Genuis, M.L. y Violato, C. (2001). A metaanalysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135 (1), 17-36.

Pattern, S.B., Gatz, Y.K., Jones, B. y Thomas, D.L. (1989). Posttraumatic Stress

Disorder and the Treatment of Sexual Abuse. *Social Work*, 34 (3), 197-204.

Praver, F., DiGiuseppe, R., Pelcovitz, D., Mandel, F.S. y Gaines, R. (2000). A preliminary study of a cartoon measure for children's reactions to chronic trauma. *Child Maltreatment*, 5 (3), 273-285.

Pynoos, R.S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., Nuñez, F. y Fairbanks, L. (1987). Life threat and post-traumatic stress in school-age children. *Arch. General Psychiatry*, 44, 1057-1063.

Reich, W., Shayka, J.J. y Taibleson, Ch. (1991). *Diagnostic interview for children and adolescent (DICAR-R)*. Unpublished manuscript. Washington University. Division of Child Psychiatry.

Saigh, P.A. (1986). In vitro flooding in the treatment of a 6-year-old boy's posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 685-688.

Saigh, P.A. (1987a). In vitro flooding of a childhood posttraumatic stress disorder. *School Psychology Review*, 16, 203-211.

Saigh, P.A. (1987b). In vitro flooding of an adolescent's posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 147-150.

Saigh, P.A. (1987c). In vitro flooding of childhood posttraumatic stress disorder. A systematic replication. *Professional School Psychology*, 2, 133-145.

Saigh, P.A. (1989). The use of in vitro flooding in the treatment of traumatized adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 10, 17-21.

Saigh, P.A. (2004). Assessment of PTSD in children and adolescents. En R. Silva (ed.).

Posttraumatic stress disorders in children and adolescents. Handbook. New York: Norton.

Saigh, P., Yaski, D.E., Oberfield, R.A., Green, B.L., Halamandaris, Ph.V., Rubenstein, H., Nester, J., Resko, J., Hertz, B. y McHugh, M. (2000). The children's PTSD inventory: development and reliability. *Journal of Traumatic Stress*, 30, 369-380.

Saigh, P., Yule, J. e Inamdar, S.C. (1996). Imaginal flooding of traumatized children and adolescents. *Journal of School Psychology*, 34, 163-183.

Salmon, K. y Bryant, R.A. (2002). Post-traumatic stress disorder in children. The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review*, 22, 163-188.

Sauter, J. y Franklin, C. (1998). Assessing posttraumatic stress disorder in children: diagnostic and measurement strategies. *Research on Social Work Practice*, 8, 251-271.

Scheeringa, M.S., Peebles, C.D., Cook, C.A. y Zeanah, C.H. (2001). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 52-60.

Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., Drell, M.J. y Larrieu, J.A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 191-200.

Seedat, S., Lockhat, R., Kaminer, D., ZunguDirwayi, N. y Stein, D.J. (2001). An open trial of citalopram in adolescents with post-traumatic stress disorder. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 16 (1), 21-25.

Seedat, S., Stein, D., Ziervogel, C. et al.

(2002). Comparison of response to a selective serotonin reuptake inhibitor in children, adolescents, and adults with posttraumatic stress disorder. *J. Child. Adolesc. Psychopharmacol.* 12 (1), 37-46.

Solomon, S.D., Gerrity, E.T. y Muff, A.M. (1992). Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder: An Empirical Review. *JAMA*, 268 (5), 633-639.

Stein, B.D., Jaycox, L.H., Kataoka, S.H., Wong, M., Tu, W., Elliot, M.N. y Fink, A. (2003). A mental health intervention for school children exposed to violence. *Journal of the American Medical Association*, 290, 603-611.

Stuber, M., Nader, K., Yasuda, P., Pynoos, R. y Cohen, S. (1991). Stress

responses alter pediatric home marrow transplantation: Preliminary results of a prospective longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 952-957.

Tierney, J.A. (2000). Post-traumatic stress disorder in children: controversies and unresolved issues. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13, 147-160.

Weisz, J.R. y Weiss, B. (1989). Cognitive mediators of the outcome of psychotherapy with children. En B.B. Lahey y A.E. Kazdin (eds.), *Advances in clinical child psychology*, vol 12 (pp. 27-51). New York: Plenum.

Yule, W. (2001). Posttraumatic stress disorder in the general population and in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 23-28.