

Trastorno por estrés postraumático en niños y adolescentes secundario a trauma agudo

Planas, E.

DEFINICIÓN DE TRAUMA

Existen múltiples definiciones de **trauma**, médicas, sociales, basadas en factores cuantitativos o cualitativos.

Trauma o traumatismo es una lesión física o una herida causada por una fuerza o violencia externas, que puede producir la muerte o una incapacidad permanente. También se utiliza para referirse a un shock emocional o a una tensión psicológica grave. No sólo es considerado a nivel físico, también se denomina trauma al estado ocasionado por la acción de un estímulo intenso, proveniente del exterior o del interior del individuo que provoca una brecha-herida en el aparato psíquico: rompe la barrera de protección del mismo por la incapacidad de cualificar ese estímulo; por lo tanto se produce un desequilibrio narcisista cómo reacción al mismo. Esa brecha-herida sobrepasa la capacidad de elaboración, por lo que se instauran contracargas (defensas primarias), que se relacionan con determinadas huellas mnémicas del sujeto, en un intento de cierre de esa herida y alivio de la angustia concomitante. Por eso hay un estado de empobrecimiento del YO, porque la energía está empleada en recomponer su integridad.

El Manual Diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) considera un hecho traumático como aquella experiencia humana extrema que constituye una amenaza grave para la integridad física de una persona y ante la que la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. En el DSM-III-R se definía trauma como aquella experiencia que puede suponer un malestar intenso para casi todas las personas, va más allá de las experiencias usuales.

La CIE-10 define el trauma como aquella situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo.

Un desastre o trauma es un suceso, natural o causado por el hombre, de tal severidad y magnitud que normalmente desemboca en muertes, lesiones y daños a la propiedad y que no puede ser manejado mediante los recursos y procedimientos rutinarios del gobierno. Así, un trauma es aquella experiencia que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona; se asocia con frecuencia a vivencias de caos y confusión durante el hecho, fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia o desconcierto. Tiene un carácter inenarrable, incontable e incomprensible para los demás. Y quiebra una o más asunciones básicas que constituyen los referentes de seguridad del ser humano y muy especialmente las creencias de invulnerabilidad y de control sobre la propia vida: la confianza en los otros, en su bondad y su predisposición a la empatía, y la confianza en el carácter controlable y predecible del mundo.

Es importante definir también el concepto de desastre. Se trata de un hecho relativamente súbito, más o menos limitado en el tiempo, público, que daña extensamente propiedades y vidas, y genera un impacto disruptivo en el funcionamiento social y en las rutinas básicas diarias de niños y familias.

ETAPAS DEL TRAUMA

Existen una serie de fases que se repiten en todos los traumas o desastres y que se relacionan directamente con las secuelas a nivel psicológico que acontecen en el transcurso de los mismos. En la infancia estas fases son superponibles a las etapas del duelo en la infancia y la adolescencia descritas magistralmente por Bowlby:

1. **Fase heroica.**- Aparece durante o inmediatamente después del impacto. Se relaciona con las conductas filantrópicas y heroicas de la población (tanto a nivel individual como de servicios y estatal).

2. **Fase de Luna de miel.-** Ocurre entre la semana posterior al acontecimiento y los 3-6 meses posteriores, y se caracteriza por la unidad de la población.
3. **Fase de desilusión.-** Ocurre entre 1-2 meses e incluso los dos años posteriores. Se caracteriza por sentimientos de desesperanza, desilusión, rencor, resentimiento, amargura, en parte porque las expectativas individuales de apoyo y comprensión no se ven cumplidas ante la limitación temporal de la fase de luna de miel.
4. **Fase de reconstrucción.-** Hasta varios años después del desastre, consiste en la reestructuración social, física y psicológica.

TIPOS DE TRAUMA

Los traumas dependiendo del *periodo de exposición* pueden ser:

1. Agudos
2. Crónicos

No existe consenso en cuanto a los criterios temporales, el DSM establece en los tres meses la línea que separa ambos traumas. Terr relaciona la exposición con el tipo de trauma y con los síntomas consecuentes a la exposición al trauma.

Dependiendo de la *causalidad*:

1. Natural: inundaciones, tornados, terremotos, aludes, incendios, huracanes....
2. Provocados por el hombre o tecnológicos: accidentes (aéreos, de tren, coche....), derramamientos de sustancias nocivas, explosiones, terrorismo, guerras, secuestros, violaciones, violencia verbal-física...

TEPT EN LA INFANCIA

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se define como aquel síndrome que sobreviene después que una persona presencia o experimenta un acontecimiento traumático extremo, o escucha sobre este. La persona reacciona a esta experiencia

con miedo e indefensión, revive persistentemente el suceso e intenta evitar que se lo recuerden. Estos síntomas deben persistir un mes después del suceso, o aparecer dentro de los seis primeros meses, y deben afectar significativamente áreas importantes de la vida (familia, escuela, trabajo).

A veces, los acontecimientos traumáticos no tienen por qué estar fuera de las experiencias normales de la vida. En la infancia la exposición a numerosos sucesos puede desembocar en un TEPT: secuestro, violencia doméstica, abuso, violencia en la comunidad, migraciones, guerras, separación de padres.

La reacción del niño debe incluir miedo intenso, horror o conducta desorganizada o agitada, agrupándose los síntomas en tres categorías:

1. *El acontecimiento traumático reexperimentado persistentemente.* Los síntomas de reexperimentación incluyen recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar, que en niños puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma: sueños terroríficos de contenido irreconocible y pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
2. *Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo.* La evitación no debe estar presente antes de someterse al trauma, y se manifiesta como esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático, esfuerzos para evitar recuerdos del trauma, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma, reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas, sensación de desapego o enajenación frente a los demás, restricción en la vida afectiva y sensación de un futuro desolador.
3. *Síntomas persistentes de aumento de la activación.* En niños pequeños puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma, sueños terroríficos, dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto y síntomas psicósomáticos.

En la infancia vamos a diferenciar los TEPT en subtipos:

1. Según el DSM-IV-TR:

- Agudo, si los síntomas duran menos de tres meses.
- Crónico, si los síntomas duran más de tres meses.
- De inicio demorado, cuando entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

2. Según Terr:

- Tipo I, o secundario a traumas agudos, y cuyos principales síntomas recogen la reexperimentación, la evitación y el aumento de activación.
- Tipo II, o secundario a traumas crónicos, y que cursa con síntomas de negación, disociación y furia.

Algunos estudios relacionan la severidad de los síntomas dependiendo de la exposición a traumas agudos o crónicos, demostrando mayor gravedad en aquellos niños expuestos a traumas agudos, sobre todo si son enfermedades médicas.

FACTORES DE RIESGO EN NIÑOS EXPUESTOS A TRAUMAS

1. Factores demográficos:

- A menor edad mayor probabilidad de presentar semiología, y semiología diferente dependiendo de los grupos de edad.
- Sexo, más prevalente en el sexo femenino que en el masculino.

2. Factores sociales:

- Ausencia de sistema de apoyo.
- Disfunción familiar crónica.
- Nivel socioeconómico, las cogniciones sociales y culturales.

3. Circunstancias vitales:

- Hechos traumáticos pasados.
- Enfermedades mentales previas.
- Historia psiquiátrica familiar de depresión, ansiedad y/o abuso de sustancias.
- Problemas físicos (sensoriales).
- Tratamiento farmacológico.
- Bajo rendimiento escolar.
- Habilidades limitadas para resolver problemas.

4. Características del trauma:

- Cantidad de destrucción observada
- Magnitud del trauma.
- Naturaleza del trauma.
- Tiempo de exposición al trauma.
- Distancia del trauma.
- Fallecimiento de un familiar y/o conocido.
- Heridas graves de familiares y/o amigos.
- La manera en la que el niño ve e interpreta la reacción de sus padres.
- TEP en las figuras paternas.

EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología del TEP en la infancia y adolescencia ha sido poco estudiada, no obteniéndose datos concluyentes a través de los estudios realizados hasta la fecha. Se estima que entre un 50 y un 75% de los expuestos a un hecho traumático, independientemente de los grupos de edad, van a desarrollar un cuadro de TEP. En algunas catástrofes se alcanzan cifras del 95%.

Las prevalencias (vida) obtenidas se establecen alrededor del 6%, en comparación con el 0'5-20% de la población adulta, con lo cual concluimos que la edad infanto-juvenil es uno de los factores de riesgo para desarrollar un TEP después de estar sometido a un acontecimiento traumático.

En la edad adulta la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres con una proporción de 2-3:1. En la infancia y adolescencia, a través de los diversos estudios se extrae que también es más frecuente entre las mujeres.

También se ha observado una mayor incidencia de TEP en población inmigrante.

COMORBILIDAD

El debate en la actualidad se centra en saber si es comorbilidad o bien el TEPT actúa como un factor desencadenante de un proceso previo que estaba asintomático o subclínico. El factor traumático que se presenta de forma abrupta exacerba rasgos temperamentales, lo que implica la aparición de síntomas. No obstante en la bibliografía no existe consenso en este punto, por lo que asumimos la terminología habitual. Incluye un amplio grupo de trastornos como:

- Cuadros depresivos.
- Cuadros de ansiedad (TAG y trastorno de ansiedad por separación).
- Abuso de sustancias (en adolescentes), sobre todo etanol.
- TDAH.
- Trastornos conductuales.
- Somatizaciones.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Antes de identificar la clínica compatible con un TEPT debemos conocer las respuestas normales de los niños y adolescentes ante las situaciones estresantes. Dependiendo de la severidad, duración y/o el grado de interferencia con el funcionamiento diario, los síntomas que son respuestas normales y necesarias ante el hecho traumático se convierten en respuestas maladaptadas y disfuncionales.

Los niños experimentan una serie de reacciones y de sentimientos en respuesta a un desastre y necesitan atención especial para satisfacer sus necesidades. Los dos indicadores más comunes de estrés en los niños son los cambios conductuales y las conductas regresivas.

Existen una serie de síntomas que frecuentemente se relacionan con situaciones estresantes:

- Llanto , lloriqueo
- Enuresis.
- Chuparse el dedo.
- Alteraciones del sueño.
- Pesadillas, terrores nocturnos.
- Miedo a la soledad.
- Alteraciones conductuales.
- Conductas regresivas.
- Alteraciones cognitivas (hipoprosexia, pseudodemencia, anomia, dificultad para tomar decisiones, dar demasiada importancia a asuntos aparentemente triviales, hipoprosexia, mayor distribibilidad, dificultad para realizar operaciones de cálculo).
- Aislamiento social.
- Absentismo escolar.
- Somatizaciones (fatiga, nauseas, vómitos, mareos, cefaleas, temblores motores finos, dolores musculares, escalofríos, hipersudoración).
- Bruxismo.
- Movimientos faciales involuntarios (tics).
- Alteraciones de conducta alimentaria.
- Hipersensibilidad al medio.
- Temores injustificados.
- Aparición de rituales.

Estos síntomas se pueden agrupar en los siguientes grupos:

1. *Síntomas de pérdida de realidad:*

- Anestesia afectiva.
- Bloqueo cognitivo.
- Incapacidad para recordar hechos.
- Incapacidad para recordar hechos directamente relacionados con el trauma.

2. *Pensamientos egodistónicos:*

- Escenas retrospectivas, flashbacks, sueños vívidos.
- Reexperimentación del trauma.
- Pesadillas relacionadas con el trauma.

3. *Conductas de escape:*

- Ansiedad ante hechos que recuerdan al trauma.

- Miedo irracional a sitios o lugares extraños.
- Aislamiento socio-familiar.
- Absentismo escolar.

4. *Hiperexcitación:*

- Hipersensibilidad al medio, con reacciones irracionales de sobresalto ante hechos mínimos.
- Reacciones explosivas, accesos de ira.
- Hipoprosexia.
- Alteraciones del sueño.
- Inquietud psicomotriz.

Dependiendo de los diferentes grupos de edad aparecen distintos tipos de síntomas:

1. *Edad preescolar (2-5 años):* Estos niños se envuelven en fantasías, desarrollan temores a la separación o al rechazo y presentan con frecuencia comportamientos regresivos. No asimilan el concepto de muerte:

- Incontinencia urinaria nocturna (secundaria).
- Miedo a la oscuridad.
- Apegamiento a figuras materna/paterna y/o cuidadores.
- Sentimientos de culpa.
- Terrores nocturnos.
- Alteraciones en el lenguaje (tartamudeo secundario).
- Alteraciones del apetito.
- Terror injustificado.
- Inquietud psicomotriz.
- Miedo al abandono.
- Ansiedad de separación.

2. *Edad escolar (5-11 años):* Ya existe un entendimiento del concepto de muerte, aunque todavía no existe un pensamiento abstracto completo. Los miedos y la

ansiedad predominan en este grupo, junto con las somatizaciones, y los síntomas se relacionarán con las ansiedades de sus figuras paternas:

- Somatizaciones (algias múltiples inespecíficas, cefaleas, abdominalgias, dolores musculares).
- Alteraciones del apetito.
- Trastornos del sueño (insomnio, terrores nocturnos, pesadillas).
- Tristeza.
- Irritabilidad.
- Labilidad emocional.
- Aislamiento social.
- Conducta agresiva.
- Miedos irracionales.
- Actitud oposicionista-desafiante.
- Demandantes de atención (rivalidad con pares).
- Absentismo escolar (pérdida de interés y dificultades de concentración).
- Comportamiento regresivo (enuresis, chuparse el dedo, hablar como un bebé...).

3. *Preadolescencia (11-14 años)*: el adolescente se guía por las reacciones del grupo de pares:

- Alteraciones del sueño.
- Trastornos de conducta alimentaria.
- Oposición a figuras paternas.
- Abandono en la realización de tareas.
- Problemas en la escuela (peleas, aislamiento social, pérdida de interés, llamadas de atención).
- Somatizaciones (dolores de cabeza, dolores leves, erupciones en la piel, problemas gástricas)
- Pérdida de interés en las actividades sociales de su grupo.

5. *Adolescencia (14-18 años)*: En esta edad prevalece el sentimiento de independencia del grupo, y surgen sentimientos tales como la venganza y el

temor a perder a familia y amigos. Para que los síntomas se consideren patológicos tienen que interferir con el normal funcionamiento del adolescente:

- Problemas físicos no específicos (algias múltiples).
- Trastornos de conducta alimentaria.
- Alteraciones del sueño.
- Tristeza.
- Aislamiento social.
- Irritabilidad, oposicionismo, actos dirigidos a llamar la atención.
- Apatía y anergia.
- Desilusión, desesperanza.
- Temores irracionales.
- Comportamiento temerario, búsqueda de situaciones de riesgo.
- Hipoprosexia.
- Minimización del problema, indiferencia.
- Anestesia afectiva.
- Sentimientos de minusvalía e inutilidad.

EVALUACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES SOMETIDOS A ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS

Para una correcta evaluación de las personas implicadas en un hecho traumático debería existir una correcta interacción entre los distintos organismos: sanitarios (Atención Primaria y Atención Especializada), sociales (medios de comunicación, asociaciones), gubernamentales. En los niños esta interacción y colaboración debe ser prioritaria puesto que a veces la demanda no existe y los casos se detectan a través de la identificación en los distintos medios en que se desarrolla el niño o adolescente. A los antes citados hay que añadir la escuela como fuente de *screening* de posibles casos de TEPT.

La identificación de psicopatología es muy complicada debido a:

- Ausencia de demanda del propio paciente.
- Ausencia de demanda de los padres, en la mayoría de los casos, intentando minimizar el problema.

Pobre implicación de la sociedad en el cuidado y protección del menor, o todo lo contrario, sobreimplicación que tiende a considerar patológicas conductas habituales. En situaciones muy extraordinarias (atentados, grandes catástrofes) lo anterior se relativiza bastante y puede aparecer una cierta "victimización".

Por todos estos motivos la limitación a la hora de realizar estudios en esta franja de edad es elevada. Debemos disponer de instrumentos de *screening* sencillos y de fácil aplicabilidad, así como sensibles y específicos, para iniciar el tratamiento con la mayor brevedad posible y evitar así la progresión de la psicopatología y de los trastornos asociados al TEPT (comorbilidad).

La observación de cualquiera de los síntomas antes expuestos en el entorno habitual del niño (casa, colegio) es la primera señal de alarma.

A veces la observación clínica no es suficiente y necesitamos instrumentos de medida. Para ello tenemos las escalas. Las validadas en la edad infanto-juvenil son:

- Para evaluación comportamental en general:
 - ✓ Serie Child Behavior Check-List de Achenbach & Edelbrock (validación española de Pedreira y Sardinero)
- Para síntomas de TEPT:
 - ✓ *Child-PTSD-Reaction Index*
 - ✓ *Diagnostic Interview for Children and Adolescents*
- Para síntomas de ansiedad:
 - ✓ *Revised Children's Manifest Anxiety Scale(CMAS-R)*
 - ✓ *State-Trait Anxiety Inventory for Children(STAIC)*
- Para síntomas de depresión:
 - ✓ *The Birelson Depresión Inventory*
- Para la evaluación del estrés:
 - ✓ Índice de Reactividad al Estrés infanto-juvenil (IRE-IJ de González de Rivera y Pedreira)

- Para síntomas de sufrimiento tras pérdidas:
 - ✓ *The Grief Reaction Inventory*

INTERVENCIONES TERAPEÚTICAS

El primer paso debe ser la correcta coordinación y colaboración entre los diferentes organismos. Si nos falla la base del tratamiento se tambalearán el resto de las intervenciones terapéuticas.

Para que esto no ocurra deben de implementarse programas de entrenamiento en prevención y tratamiento de catástrofes dirigidas a intervenciones sencillas e inmediatas, disponibles desde el mismo momento en que acontece el trauma. Para ello los equipos de salud mental deben entrenar y habilitar a profesorado y Servicios Sociales para facilitar la detección y tratamiento de casos. Debemos fijarnos en intervenciones previas para mejorar los aspectos disfuncionales en otras ocasiones y continuar con los que derivaron en resultados satisfactorios.

A esto debemos unir una correcta administración y utilización de los recursos, tanto humanos como económicos.

Las intervenciones se pueden dividir en: inmediatas y diferidas.

INTERVENCIONES INMEDIATAS

1. El primer paso consiste en el *screening* de grandes poblaciones para identificar los niños-adolescentes en riesgo. Debe realizarse en los primeros tres meses tras el acontecimiento traumático, aunque los síntomas pueden ser tardíos y comenzar al cabo de seis meses. Luego la observación sobre la población no debe limitarse a un tiempo determinado. Consiste en establecer un sistema de vigilancia epidemiológica, más que actuaciones intervencionistas, que podrían ser intempestivas en mayor o menor medida.
2. Abrir líneas telefónicas de apoyo para suplir los primeros auxilios psicológicos.

3. Cubrir las necesidades inmediatas, realizar una estimación de recursos en base a los existentes y a los necesarios, con el fin de administrarlos adecuadamente. Implantar programas psicoeducativos de alcance estatal, con la colaboración de Gobierno, asociaciones y medios de comunicación. Explicar de forma sencilla las reacciones normales ante situaciones traumáticas y las reacciones patológicas para que padres y responsables de niños y adolescentes puedan identificar síntomas y realizar un *screening* más sensible. Diferenciar reacciones normales de las patológicas, evitando la psiquiatrización o psicologización de las reacciones más normalizadas, este matiz posee una gran dificultad por el impacto mediático en estos casos, visto recientemente y puesto ya de manifiesto en el denominado Síndrome Tóxico (1981) acontecido en el Estado Español.
5. Dar al niño-adolescente responsabilidades adecuadas a su edad, evitando sobreprotección o minimización de problemas.

INTERVENCIONES DIFERIDAS

1. **DEBRIEFING:** Consiste en el análisis y repaso del acontecimiento traumático. En los adultos suele realizarse a nivel grupal, aunque en ocasiones también se usa la reexperimentación individual. En niños se realiza a través de juegos o dibujos que intenten plasmar lo ocurrido durante el trauma (en la escuela, con el pediatra, con el psiquiatra/psicólogo) y es un valioso método de detección de aquellos niños con psicopatología que no han sido identificados previamente. Este juego permite expresar emociones, facilita la relajación y entrena a los niños ante traumas futuros (escuela de Beslan). Pocos estudios reflejan la eficacia preventiva de la realización de este tipo de intervenciones.
2. **INTERVENCIONES EN EL MEDIO ESCOLAR:** El medio escolar va a ser el filtro donde se identifican un gran número de los niños-adolescentes con secuelas, puesto que la mayoría de los síntomas se orientan al rendimiento escolar y a la relación con los pares. Por ello debe existir una correcta comunicación entre familia, psiquiatra/psicólogo y equipos de

orientación escolares, puesto que la escuela es un lugar de intervención precoz:

- Varios estudios avalan la importancia del apoyo escolar (tanto del profesorado como de los compañeros) a la hora de evaluar la evolución de los síntomas.

- Los profesores deben estar libres de síntomas de TEPT para asegurar una correcta evaluación y un correcto soporte del niño-adolescente.

- Clases de psicoeducación.

- Hablar en grupos sobre la experiencia traumática para que el niño-adolescente no se sienta solo ante sus síntomas y tenga la posibilidad de compartir experiencias y miedos.

3. EL MEDIO SANITARIO: Tanto a nivel de Atención Primaria (pediatras) los cuales deben recoger la primera visita del niño, como los especialistas (psiquiatras y psicólogos):

- a) Terapias psicológicas, van a constituir el principal instrumento terapéutico.

- Las más aplicadas y las más validadas por los distintos estudios son las técnicas cognitivo-conductuales que incluirían la discusión directa del trauma, la desensibilización, las técnicas de relajación (control de respiración, relajación muscular progresiva...), análisis de distorsiones cognitivas, técnicas de resolución de problemas...

- En otros casos se han usado terapias de corte dinámico no obteniendo resultados estadísticamente significativos.

- La realización de grupos va a favorecer la exposición de síntomas y la identificación de los miembros de los grupos a través de las experiencias vividas. Estos grupos no se limitan a los niños-adolescentes expuestos, sino a los padres (pudiendo realizar grupos mixtos padres-hijos) y también a los profesores.

- Por último la psicoeducación en los padres y profesorado será fundamental, sobre todo a la hora de tratar a niños menores de 5 años.

- b) Terapias farmacológicas. Se van a utilizar cuando los síntomas son incapacitantes y no son controlables a través de las intervenciones

psicoterapèuticas, o cuando existían psicopatología previa al trauma. El control de los síntomas como la reexperimentación e hiperactivación va a ser menos complicado que el de la evitación. El uso se orienta dependiendo de los trastornos asociados:

- Benzodiacepinas, si el nivel de ansiedad es muy elevado. Se utilizan cómo medicación de rescate en ese momento y no de forma continuada. En ocasiones se usan beta-bloqueantes (propranolol).

- Carbamacepina, litio o clonidina si existen alteraciones conductuales, hiperactividad, obsesividad elevada, impulsividad, trastornos del sueño.

- Antidepresivos (ATDT, ISRS), si se asocian síntomas compatibles con un trastorno depresivo.

- Antipsicóticos atípicos, si asocian síntomas psicóticos o los trastornos conductuales son severos.

4. LA COMUNIDAD: para ser efectivas requieren la colaboración de ONGs y de organismos gubernamentales, así como voluntariado no adscrito a ninguna organización formal. La utilización de recursos orientada a la formación de empleo, medidas de soporte, asegurar vivienda y comida, ayudas económicas. La labor de los medios de comunicación debe ser cuidadosa evitando la información morbosa con imágenes repetidas del acontecimiento traumático, intentando normalizar el hecho en la medida de lo posible, y no generando TEPT a través de la visualización del trauma o la escucha de experiencias vitales traumáticas.

CONCLUSIONES

- El TEP en la infancia-adolescencia es un tema poco estudiado. Los estudios existentes hasta el año 2001 eran mínimos, creciendo a raíz del atentado del 11-S contra las Torres Gemelas.
- Las catástrofes o acontecimientos traumáticos afectan a toda la población, siendo los menores de 18 años más sensibles a presentar psicopatología, presentando una prevalencia-vida de TEPT mayor que en la edad adulta.
- La clínica es similar a la del adulto con diferencias en la expresión clínica dependiendo de la edad y etapa del desarrollo del niño-adolescente, prevaleciendo los síntomas de hiperactivación, reexperimentación y evitación.
- Para una correcta intervención terapéutica se requiere un abordaje multidisciplinar donde estén perfectamente implicados el sistema sanitario, la red social y los organismos gubernamentales. Se debe estar en estado de vigilancia del riesgo, pero no es pertinente la psicologización o psiquiatrización precipitada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 May; 64(5):577-84.
2. Pataki GE, Stone JL, LeViness J. Guía de Consejería de crisis para Niños y Familias en Casos de Desastres, Office of Mental Health, New York State, 2001.
3. Terr LC, Childhood Traumas: an outline and overview. *AM J Psychiatry* 1991; 148: 10-20.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Sinopsis de Psiquiatria (Ciencias de la Conducta/Psiquiatria Clínica), Novena Edición, Editorial Waverly Hispanica, 2004, Capítulo 16.5, Pag 623-636.
5. Fukunishi I, Tsuruta T et al, Association of alexithymic characteristics and posttraumatic stress responses following medical treatment for children with refractory hematological diseases, *Psychol Rep*. 2001 Dec; 89(3): 527-34.
6. Storr CL, Ialongo NS, Anthony JC, Breslau N. Childhood antecedents of exposure to traumatic events and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2007 Jan;164(1):119-25
7. Graham-Bermann SA, Lynch S, Banyard V, DeVoe ER, Halabu H. Community-based intervention for children exposed to intimate partner violence: an efficacy trial. *J Consult Clin Psychol*. 2007 Apr;75(2):199-209
8. Cuhng MC, Werrett J, Easthope Y, Farmer S, Coping with post-traumatic stress: young, middle-age and elderly comparisons. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2004 Apr; 19(4): 333-43.
9. Kilic EZ, Ozguven HD, Sayik I, The psychological effects of parental mental health on children experiencing disaster: the experience of Bolu earthquake in Turkey, *Fam Process*, 2003 Winter; 42(4): 485-95.
10. Hoven CW, Duarte CS, Mandell DJ, Children´s mental health after disaster: the impact of the World Trade center attack, *Curr Psychiatry Rep*. 2003 Jun; 5(2): 101-7.
11. Dyregrov A, Frykholm AM, et al, The Goteborg discotheque fire, 1998, *Scand J Psychol*. 2003 Dec; 44(5): 449-57.
12. Caffo E, Belaise C. Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents, *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2003 Jul; 12(3): 493-535.
13. Cao H, McFarlane AC, Klimidis S, Prevalence of psychiatric disorder following the 1988 Yun Nan(China) earthquake, the first 5-month period, *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2003 Apr; 38(4): 204-12.
14. Laor N, Wolmer L, Spirman S, Wienwe Z. Facing war, terrorism, and disaster: toward a child-oriented comprehensive emergency care system. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2003 Apr; 12(2): 343-61.

15. Auglanier M, Verger P, Rouillon F. Efficiency of psychological debriefing in preventing post-traumatic stress disorders. *Rev Epidemiolo Sante Publique*. 2004 Feb; 52(1): 67-79.
16. Gillespie K, Duffy M, Hackmann A, Clark DM. Community based cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behav Res Ther*, 2002 Apr; 40(4): 345-57.