



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Trastorno por Estrés Postraumático en menores:
controversias, evolución, variables que influyen y
comparación con el TEPT en adultos**

Autor/a: Isabel Echevarría de Casso

Director/a: María Prieto Ursúa

Madrid

2020/2021

ÍNDICE

Abstract	3
Introducción	3
Método	5
Resultados	6
Trastorno por Estrés Postraumático.....	6
Controversias en torno al TEPT.....	7
Variables que afectan	10
Comorbilidad	12
Trastorno por Estrés Postraumático en menores	13
Evolución sintomatológica y estabilidad del trastorno.....	18
Discusión.....	20
Referencias	22
Anexos.....	28

Abstract

Se han propuesto un gran número de modelos teóricos que ayuden a interpretar el Trastorno por Estrés Postraumático. Actualmente, se comprende la importancia de un modelo integrador, en el que se tienen en cuenta factores psicosociales y neurobiológicos que entran en juego en situaciones de máximo estrés (Marshall *et al.*, 2010).

El Trastorno por Estrés Postraumático es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes y, sin embargo, se ha reconocido como un trastorno infradiagnosticado en la población actual, sobre todo en menores, lo que implica que la mayoría de las personas que lo padecen no reciben un tratamiento que se ajuste a sus necesidades en el momento apropiado, sino que se suelen tratar enfermedades que derivan de la cronificación del TEPT (Mingote, 2011).

Introducción

A lo largo de la historia, el hombre ha investigado sobre la reacción de la persona ante unos hechos traumáticos, pero no se acuñó un término que lo definiera hasta 1980, cuando fue incluido en el DSM – III: Trastorno por Estrés Postraumático, TEPT (Castro Sáez, 2011; Valdivia, 2002). El inicio de la historia de este trastorno está muy relacionado con veteranos de guerra, pero más adelante se descubrió el impacto que otro tipo de situaciones traumáticas también podía tener en la población civil adulta (Andreasen, 2010).

Las controversias alrededor del TEPT han estado presentes desde el comienzo. Entre los cuestionamientos destacan: su validez como término científico debido al gran peso sociohistórico en torno al mismo, la relación de causalidad entre el hecho traumático y las secuelas psicológicas y la especificidad de la sintomatología (Cova *et al.*, 2011). Las controversias han puesto en claro que se presta excesiva atención a los síntomas, lo que se teme que puede provocar un gran perjuicio en la investigación, diagnóstico y tratamiento (Cova *et al.*, 2011).

La idea de que los menores fueran capaces de sufrir TEPT supuso una discusión más larga y no fue incluido como un subtipo de este trastorno hasta la publicación del DSM – IV y DSM – IV – TR (Castro Sáez, 2011), pues se pensaba que la situación no suponía una gran impresión emocional como ocurre en los adultos, debiéndose a un desarrollo cognitivo menor (Allen *et al.*, 1998) y que los síntomas presentados no coincidían con el

criterio establecido. Sin embargo, Scheeringa (2013) afirma que varios estudios en este ámbito han probado que la expresión de la sintomatología de un mismo criterio varía en función de la edad. Además, Şengün y Öğretir (2018) pudieron comprobar en su investigación que los niños tienen un mayor riesgo de sufrir TEPT debido justamente a su menor desarrollo cognitivo.

Debido a estas razones se hizo hincapié en la importancia de investigar las diferencias entre niños y adultos a la hora de diagnosticar el Trastorno por Estrés Postraumático. En lo que se refiere a niños, la investigación ha comprobado que el criterio diagnóstico debe fijarse más en las manifestaciones conductuales, ya que no tienen todavía tan bien desarrolladas las habilidades del lenguaje y el pensamiento abstracto (Scheeringa, 2013).

Otro campo de investigación que se abrió relacionado con el TEPT fue el estudio de las variables que pueden influir en su aparición, manifestación o curso. La literatura ha puesto en evidencia que las niñas son más propensas a presentar síntomas relacionados con el procesamiento y reacción emocional ante el trauma que los niños. Por otro lado, Şengün y Öğretir (2018), en un estudio realizado con niños sirios refugiados en Turquía, descubrieron que hay una relación significativa entre el TEPT, la depresión y la empatía, entre muchas otras variables como puede ser el número de hermanos, el nivel socioeconómico familiar, la existencia de muertes familiares durante la guerra en Siria, etc.

El Trastorno por Estrés Postraumático es un trastorno de ansiedad que se pasa por alto y no recibe un tratamiento específico con elevada frecuencia en la población general. Se podría añadir que este descuido es aún más frecuente y posee mayores perjuicios en el caso de los niños. Estudios epidemiológicos señalan que entre el 15% - 45% de menores sufren experiencias traumáticas y, sin embargo, únicamente el 1% - 6% de ellos son diagnosticados con TEPT (Wong *et al.*, 2013). Es evidente que una de las razones por las que el porcentaje de diagnóstico de TEPT es menor que el porcentaje de menores que han vivido situaciones traumáticas es la presencia de factores de protección y/o factores de riesgo. No obstante, otra posible causa que no parece tenerse tan presente en las investigaciones es la posibilidad de que los criterios diagnósticos oficialmente establecidos por el DSM – 5 no sean los más apropiados para la realización de un diagnóstico diferencial de TEPT infantil.

En este trabajo se explorarán las controversias, las variables, factores de riesgo y comorbilidades que afectan al TEPT tanto en población adulta como infantil.

Tras haber hecho la introducción y la debida exploración bibliográfica, los objetivos a alcanzar de este trabajo de fin de grado serán:

- Describir el concepto, criterios diagnósticos y controversias alrededor del Trastorno por Estrés Postraumático en mayor profundidad.
- Estudiar especialmente el Trastorno por Estrés Postraumático en menores: criterios diagnósticos, descripción, historia, subtipos.
- Revisar la evolución de los síntomas, la estabilidad del trastorno a lo largo de la vida.
- Revisar posibles variables que podrían influir en la aparición, sintomatología y curso del TEPT, como, por ejemplo, el tipo de trauma, la edad, el sexo y la comorbilidad con otras enfermedades mentales.
- Comparar el Trastorno por Estrés Postraumático en menores con el Trastorno por Estrés Postraumático en adultos.

Método

Para la realización de este trabajo se realizó una búsqueda de información en las bases de datos Psyc-Info y Psychology Behavioral Sciences Collection usando los términos “Trastorno por Estrés Postraumático”, “TEPT”, “PTSD”, “Post Traumatic Stress Disorder”, “children or adolescents or youth or child or teenager”, “adulthood”, “controversy”, “comorbidity”, “symptom development”, “risk factors or contributing factors or predisposing factors” y el conector de búsqueda “and”, estableciendo un límite de los últimos 20 años. A través de estos términos y limitaciones, los resultados obtenidos fueron 2.851 artículos. Para la elección de los artículos se decidió excluir aquellos que estuvieran centrados en el tratamiento o intervención clínica y aquellos que tenían un enfoque principalmente neurobiológico y económico. Fueron consultados un total de 36 artículos, siendo parte de ellos artículos adicionales que no fueron obtenidos a través de las bases de datos antes mencionadas, sino que se tratan de artículos encontrados dentro de las referencias bibliográficas de aquellos obtenidos en la búsqueda inicial. Por último, también se consultaron el DSM – 5 y el CIE – 10.

Resultados

Trastorno por Estrés Postraumático

Aunque a lo largo de la historia el hombre se ha preguntado sobre la reacción de la persona ante unos hechos traumáticos no se acuñó un término que lo definiera hasta 1980, cuando fue incluido en el DSM – III con la denominación de Trastorno por Estrés Postraumático, TEPT (Castro Sáez, 2011; Valdivia, 2002).

El inicio de la investigación sobre este trastorno se relaciona con las secuelas presentadas por veteranos de guerra al volver a su vida previa, pero más adelante se descubrió el impacto que otro tipo de situaciones traumáticas también podía tener en la población civil adulta (Andreasen, 2010).

La persona que sufre TEPT ha estado expuesta a una – o varias – situación que suponía un peligro real de muerte o amenaza contra su integridad física o de los demás, unido a la sensación de temor profundo y falta de capacidad para enfrentarse a ella de una manera adaptativa (Mingote, 2011). Como consecuencia, aparece en el sujeto un conjunto de síntomas específicos que se pueden dividir en las siguientes categorías: reexperimentación, evitación, y, por último, alteraciones negativas en la cognición, el estado de ánimo y de la alerta (Li *et al.*, 2019; Mingote, 2011). Dentro de Anexos, en la Tabla 1 se desarrollan los criterios que se deben cumplir para diagnosticar TEPT según está establecido en el DSM – V, mientras que la Tabla 2 profundiza en los criterios diagnósticos establecidos por el CIE – 10.

En 1993, se desarrolló el modelo dosis – respuesta que explicaba procesos biológicos a nivel general. McNally (2003) hace referencia a la posibilidad de aplicar dicho modelo al TEPT, lo que supondría sostener que existe una relación directa entre la intensidad del estresor y de los síntomas del TEPT: cuanto mayor sea la intensidad del evento traumático, los síntomas padecidos serán más severos. Esta postura es confirmada por varios estudios realizados con población militar: el 70% de los soldados que fueron capturados y torturados durante la II Guerra Mundial fueron diagnosticados con TEPT, a diferencia del 18% de los soldados que no fueron capturados ni torturados; la probabilidad de desarrollar TEPT se duplica o triplica entre los veteranos que fueron heridos en combate en comparación con aquellos que regresaron de combate ilesos (McNally, 2003).

Se trata de un trastorno de ansiedad infradiagnosticado en la población general y quien lo padece no suele recibir un tratamiento específico. Mingote (2011) atribuye el hecho de que se trate de un trastorno difícil de realizar un diagnóstico precoz y de llevar a cabo un tratamiento eficiente a los siguientes factores:

1. Solapamiento de síntomas del TEPT con los de otros trastornos mentales. Habitualmente, las personas que padecen de este trastorno son diagnosticados con otros trastornos de ansiedad, trastornos facticios/simulación o de los trastornos comórbidos asociados al TEPT.
2. El paciente evita los estímulos que tengan relación con el evento traumático y puede ocultar dicho evento al profesional que realiza la evaluación y diagnóstico. Dicha postura tomada por el paciente puede ir unida a la falta de exploración por parte del profesional, es decir, no estudia la posibilidad de que el paciente haya sufrido una situación traumática.
3. La evaluación y diagnóstico se centran únicamente en la sintomatología, dejando de lado la historia biográfica del paciente y las repercusiones funcionales.
4. No se otorga la debida importancia a los factores desencadenantes, como situaciones estresantes y la percepción subjetiva del paciente.
5. El insuficiente desarrollo de la Psiquiatría Infanto – Juvenil dificulta el diagnóstico y tratamiento de niños que viven situaciones traumáticas.

Por otro lado, un trastorno que va más allá del TEPT y que no se encuentra recogido en el DSM-5, pero si se puede hallar en el CIE-10 y CIE-11 es el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo. El TEPTC se desarrolla en los casos en los que la persona ha sufrido experiencias traumáticas en diferentes momentos vitales y éstas han ido acumulándose sin ser tratadas o cuando el individuo se mantiene en contextos traumatizantes durante un largo tiempo, lo que provoca que se cronifique el daño (Elliot *et al.*, 2020).

Controversias en torno al TEPT

Las controversias alrededor del Trastorno por Estrés Postraumático han estado presentes desde su presentación y se han caracterizado por ser más potentes en comparación con

las polémicas entorno a otros trastornos del DSM (Cova *et al.*, 2011). Estas faltas de acuerdo han provocado que la definición y condiciones del TEPT sufran cambios significativos en cada nueva versión del DSM (Pai *et al.*, 2017).

La polémica llega hasta elementos tan básicos del trastorno como es lo que se entiende como evento traumático. En el DSM – III y DSM – III – R se entendió como tal aquellos eventos no cotidianos que podrían objetivamente originar efectos traumáticos en la mayoría de las personas. Esta conceptualización de TEPT llevó a un alto número de autores a la impresión de que englobaba unos problemas de limitada concreción o demasiado inclusivos y muy dispares entre ellos, es decir, la definición podía llevar a entender que un gran abanico de situaciones, sin ningún parecido entre ellas, pudieran considerarse como traumáticas (Cova *et al.*, 2011). Este hecho genera una explicación simplista de las dificultades que tienen que atravesar quienes lo padecen (Cova *et al.*, 2011). Al no concretar con una mayor precisión las situaciones entendidas como traumáticas se puede llegar a conseguir que reacciones humanas esperables en momentos de distrés se consideren aptas para ser medicalizadas o, en otras palabras, cabe la posibilidad de que personas reciban un tratamiento psicofarmacológico en cualquier tipo de circunstancia que conlleve un nivel estrés más elevado de lo habitual en ellas (McNally, 2003). Como respuesta al descontento general, el concepto de evento traumático fue descrito con una mayor exactitud para la publicación del DSM – 5, lo que ha hecho posible que las situaciones entendidas como traumáticas sean reducidas. En concreto estas situaciones fueron reducidas a aquellas que pudieran considerarse como “exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza” (Pai *et al.*, 2017).

De la misma forma, otro de los temas controversiales principales hace referencia a la validez del concepto. Se discute el hecho de que el TEPT no se adecúe a la lógica general descriptiva del DSM, a diferencia del resto de trastornos recogidos en este mismo manual. El TEPT se aferra a hechos ocurridos en el pasado, es decir, es necesaria la presencia de unos eventos considerados traumáticos en los que se sostiene y que, además, deben tener unas consecuencias psicopatológicas específicas (Cova *et al.*, 2011). Dicho de otra manera, si un individuo presenta los mismos síntomas que los listados en el DSM, pero no ha vivido un suceso calificado como traumático, no puede ser diagnosticado con TEPT (McNally, 2003).

Asimismo, cabe mencionar la polémica alrededor del modelo de los cuatro factores establecido en el DSM – 5. Desde su publicación, autores como Armour *et al.* (2015), Wang *et al.* (2017) y La Greca *et al.* (2017) han apoyado la idea de que el modelo de los cuatro factores es limitado y existen modelos que se ajustan de manera más adecuada a la información que se busca. El modelo más defendido parece ser el modelo híbrido de los 7 factores, compuesto por la reexperimentación, intrusión, evitación, anhedonia, conductas externalizantes, hiperactivación ansiosa y disfórica.

Otro de los debates de gran peso está asociado a la influencia que tuvieron los factores históricos, sociales, económicos y culturales en la conceptualización y desarrollo de TEPT, sobre todo, la guerra de Vietnam. La tesitura social en la que se encontró Estados Unidos con los veteranos de la guerra de Vietnam dio pie a que se categorizara médicamente a los veteranos para así reconocer su sufrimiento y el servicio realizado y poder compensarles por ello. Esta condición fue ampliada al ámbito civil para así recoger en esta categoría a aquellas personas en circunstancias de maltrato y abuso sexual (Cova *et al.*, 2011). Actualmente, esta posición sobre el TEPT se puede entender como “una realidad histórico-social, inventada para dar salida a una problemática de diversa índole (moral, política, económica) que, por lo visto, la sociedad prefiere tramitar en términos clínicos individuales” (González & Pérez, 2007, como se citó en Cova *et al.*, 2011).

Algo semejante ocurre con el modelo biológico de dosis – respuesta aplicado al TEPT. Es cierto que varios estudios defienden dicho modelo, no obstante, diversas investigaciones entienden que esta relación entre la intensidad del evento traumático y la severidad de los síntomas no es tan clara y directa como se creía, sino que existen otros factores que entran en juego, como puede ser el recuerdo que se tiene de la circunstancia traumática y sus reconstrucciones a lo largo del tiempo (McNally, 2003). Por lo tanto, según un modelo más exacto sería aquel que defiende que cuanto más desagradable sea el recuerdo del suceso, más severos serán los síntomas experimentados (McNally, 2003).

Se puede incluir en el listado de discusiones entorno al TEPT la excesiva atención que se presta a los síntomas, lo que se teme que puede provocar un gran perjuicio en la investigación, diagnóstico y tratamiento (Cova *et al.*, 2011). Al prestar atención exclusivamente a los síntomas, se deja de lado la historia personal del paciente y el contexto en el que desarrolla su vida (Cova *et al.*, 2011). Como bien se sabe, dos personas

pueden presentar los mismos síntomas y, debido a su historia y contexto, tratarse de trastornos diferentes y conllevar tratamientos distintos.

Por otro lado, el debate sobre qué manual ofrece una conceptualización de TEPT más ajustada sigue sin obtener una respuesta clara. Existe una considerable discrepancia entre los criterios diagnósticos establecidos por el DSM – 5 y el CIE – 11. Sin duda alguna, ambos manuales identifican la presencia de síntomas del TEPT, no obstante, el uso exclusivo de uno de estos manuales supondría pasar por alto un elevado número de casos (La Greca *et al.*, 2017).

Por último, existe una gran controversia y crítica dirigida al trato profesional con el que se atiende a este tipo de pacientes. Un elevado porcentaje de expertos de la salud mental experimentan una reacción contratransferencial de rechazo al escuchar el listado de síntomas y la narración de la vivencia traumática por el impacto del contagio emocional (McGrath & Frueh, 2002). Esta contratransferencia puede llevar al sanitario a dudar sobre la veracidad del relato, de que la situación traumática haya sido lo suficientemente intensa como para detonar el cuadro sintomatológico expuesto por el paciente, lo que conduce al profesional a la hipótesis de una sobresimulación o exageración de síntomas o la simulación de los mismos para la obtención de algún tipo de prestación económica, como era el caso de un alto número de soldados veteranos al volver de la guerra de Vietnam (McGrath & Frueh, 2002; McNally, 2003). En resumen, cabe la posibilidad de que se atribuya la culpa a la víctima (Mingote, 2011).

Variables que afectan

Teniendo en cuenta que, de todas las personas que han estado expuestas a situaciones traumáticas, únicamente el 20% - 25% de esta población acaba desarrollando un Trastorno por Estrés Postraumático, se debe considerar la existencia de otros elementos que entren en juego a la hora de desarrollar o no este trastorno, es decir, factores de riesgo y protección, que pueden ser tanto internos – genéticos – como externos – ambientales. Según Mingote (2011), entre los factores predisponentes destacan los siguientes: predisposición genética a desarrollar enfermedades psiquiátricas, dificultades durante la niñez, algunos rasgos de personalidad como los de dependencia, paranoide, límite y antisocial, antecedentes familiares de conducta antisocial, sexo femenino, acumulación de otros estresores, inadecuado apoyo social, abuso de alcohol reciente, y locus de control externo.

Respecto al género, se ha podido comprobar que la prevalencia del TEPT en mujeres es tres veces mayor que en hombres (de Vries *et al.*, 2018) y la posibilidad de que el trastorno se cronifique también es mayor en mujeres (Priebe *et al.*, 2009, como se citó en Cao *et al.*, 2017). Por otro lado, Cao *et al.* (2017) exponen la hipótesis de que el género puede ser un factor de riesgo o no dependiendo del tipo de trauma al que ha sido expuesto el individuo.

En cuanto a las alteraciones de funciones ejecutivas, se pueden encontrar artículos que afirman que se trata de un factor de riesgo (Gale *et al.*, 2008), otros apoyan la hipótesis de que se trata de una consecuencia del TEPT (Hedges & Woon, 2011) y, finalmente, otros consideran que la relación entre el TEPT y alteraciones ejecutivas puede ser bidireccional (Aupperle *et al.*, 2012; Woon *et al.*, 2016). Sin embargo, ninguna de estas posiciones ha obtenido el suficiente apoyo por parte de estudios empíricos (Li *et al.*, 2019). Lo que sí pudieron sacar en claro Li *et al.* (2019) es que el TEPT y las disfunciones ejecutivas suelen ocurrir de manera conjunta y que podrían tratarse de características de una respuesta general desadaptativa al trauma y que cambian de intensidad – baja, moderada, alta, extremadamente alta – en función de la gravedad del trauma.

Otro factor predisponente que se debe tener en cuenta es la etnia. Tanto en adultos como en menores, el porcentaje de afectados por el TEPT es significativamente mayor en las etnias hispánica y afroamericana (Danzi & La Greca, 2017). Así mismo, se observó que los niños pertenecientes a otras minorías étnicas, entre ellos niños con raíces de varias etnias, asiáticos y nativo-americanos también se ven afectados en un mayor porcentaje, aunque no es el caso de los adultos de dichas minorías (Danzi & La Greca, 2017).

Por otro lado, Şengün y Öğretir (2018), en un estudio realizado con niños sirios refugiados en Turquía, descubrieron que hay una relación directa significativa entre el TEPT, la depresión y la empatía, entre muchas otras variables como puede ser el número de hermanos, el nivel socioeconómico familiar, la existencia de muertes de familiares durante la guerra en Siria, etc.

La salud psíquica de los progenitores o cuidadores parece tener un gran peso en la aparición o no de TEPT infantil (Forresi *et al.*, 2020). Kiliç *et al.* (2011, como se citó en Forresi *et al.*, 2020), averiguaron que la gravedad de la depresión que padece una figura paterna repercute en la intensidad del estrés postraumático del niño. Un estudio

longitudinal realizado por Wong *et al.* (2013) examinó cómo la sintomatología psicológica de los progenitores o guardianes podía impactar en el desarrollo de un TEPT en menores de 7 a 14 años que se vieron expuestos a violencia interpersonal. Se observó que los niños diagnosticados con TEPT muestran una peor evolución, sobre todo en los síntomas relacionados con la alteración de la alerta y reactividad, si los cuidadores de dicho niño presentan sintomatología perteneciente al campo de la ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal y trastorno obsesivo – compulsivo. El razonamiento que dan Wong *et al.* (2013) a este descubrimiento se basa en la teoría de Bowlby: si los padres no son capaces de enseñar al niño a autorregularse en situaciones de estrés, debido a que ellos mismos presentan problemas psicológicos de autorregulación, la única respuesta que sabe dar el hijo será de hiperactivación, ya sean trastornos del sueño, irritabilidad, ira, hipervigilancia, dificultad para concentrarse y/o respuestas de sobresalto exageradas.

También relacionado con el impacto de los progenitores sobre el niño, Laor *et al.* (2001) advirtieron que el vínculo materno evitativo y la falta de disponibilidad materna, o de pobre calidad, están asociadas con la aparición de síntomas del TEPT pediátrico.

Comorbilidad

En el 80% de los casos se puede observar que el Trastorno por Estrés Postraumático no se presenta solo, sino que se asocia, como mínimo, con otro trastorno mental (Mingote, 2011). Lo que ocurre frecuentemente es que debido a la gran cantidad de síntomas que se encuentran entre los criterios diagnósticos de ambos trastornos, el TEPT queda sin diagnosticar y se trata el otro trastorno. Por esta razón, se recomienda que se realice una evaluación del paciente desde varias dimensiones, en vez de solo enfocar la mirada en la dimensión clínico-fenomenológica y, así, poder obtener un diagnóstico diferencial (Mingote, 2011).

La relación de comorbilidad que posee el TEPT con otros trastornos mentales parece depender en gran medida del sexo del individuo. En el caso de las mujeres, es más usual una relación de comorbilidad con depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada y la distimia. Por otro lado, en hombres suele haber una relación de comorbilidad con abuso de alcohol u otras adicciones, trastornos depresivos, de ansiedad y trastorno de personalidad antisocial en (Brady *et al.*, como se citó en Mingote, 2011). Aunque ya no cuenta con el apoyo científico de hace unos años, una de las explicaciones que se propuso para justificar el elevado porcentaje de comorbilidad entre el TEPT y las adicciones es la

denominada teoría de la automedicación de Khantzian: la persona hace uso del alcohol u otras sustancias como método de huida o inhibición de algunos de los síntomas del TEPT, como pueden ser los pensamientos intrusivos o las pesadillas, por sus propiedades sedativas (Mingote, 2011).

Trastorno por Estrés Postraumático en menores

Teniendo en cuenta que las primeras investigaciones sobre el TEPT estuvieron enfocadas en la población adulta, la idea de que los menores fueran capaces de sufrir este trastorno supuso una discusión más larga. No se incluyó un subtipo para niños menores de 6 años de dicho trastorno hasta la publicación del DSM – IV (1994) y DSM – IV – TR (2000) (Castro Sáez, 2011), pues se pensaba que una situación no podía suponer una gran impresión emocional, como ocurre en los adultos, debiéndose a un desarrollo cognitivo menor (Allen *et al.*, 1998) y a que los síntomas presentados no coincidían con el criterio establecido. Sin embargo, Scheeringa (2013) afirma que varios estudios en este ámbito han probado que la expresión de la sintomatología de un mismo criterio varía en función de la edad, es decir, un mismo síntoma va a ser presentado por la persona de diferente manera dependiendo de su edad. Además, Şengün y Öğretir (2018) pudieron comprobar en su investigación que los niños tienen un mayor riesgo de sufrir TEPT debido justamente a su menor desarrollo cognitivo.

A continuación, se presenta la tabla 3, que contiene los criterios diagnósticos del TEPT en niños menores de 6 años, según el DSM 5. Se puede observar que hay ciertas diferencias con los criterios diagnósticos para los adultos.

Tabla 3. Criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Postraumático en niños menores de 6 años (DSM – 5. 309.81)

A. En niños menores de 6, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en unas (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros, especialmente a los cuidadores primarios.

Nota: No incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como recreación en el juego.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: Puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.

3. Reacciones disociativas (p.ej., escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente). La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso(s) traumático(s).

C. Ha de estar presentes uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s):

Evitación persiste de los estímulos

1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).

Alteración cognitiva

3. Aumento importante de la frecuencia de estos emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).
4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
5. Comportamiento socialmente retraído.
6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

D. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).
2. Hipervigilancia,
3. Respuesta de sobresalto exagerada.
4. Problemas con concentración.
5. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E. La duración de la alteración es superior a un mes.

F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.

G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego, y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

A pesar de la existencia del subtipo de TEPT infantil en el DSM – 5 (2013), esta subcategoría sigue sin contar con una definición precisa que ayude a guiar nuevas investigaciones y tratamientos clínicos (La Greca *et al.*, 2017).

Se ha comprobado que el criterio diagnóstico establecido para adultos no debe ser utilizado para el diagnóstico de menores. Sin embargo, existe debate sobre qué criterios deberían cobrar mayor importancia en el caso de los niños. Por un lado, contamos con

autores como Scheeringa (2013), Friedman *et al.* (2011) y Danzi y La Greca (2017) que afirman que el modelo de los tres factores, modelo que basa su diagnóstico en la presencia de síntomas de reexperimentación, evitación y activación, se ajusta mejor debido a que es más importante fijarse sobre todo en las manifestaciones conductuales, ya que no tienen todavía tan bien desarrolladas las habilidades del lenguaje, el pensamiento abstracto ni la introspección. Sin embargo, investigaciones aún más recientes llevadas a cabo por Bartels *et al.* (2019) parecen haber comprobado lo contrario: el modelo de los 3 factores no es lo más importante, sino que la alteración negativa de la cognición y del ánimo son fundamentales del TEPT infantil. La obtención de estos resultados fue posible a través de informes realizados por los mismos niños o adolescentes y sus respectivos progenitores o guardianes. Este hallazgo no fue posible hasta recientemente debido a que estos síntomas no eran parte del trastorno hasta su introducción en el DSM-5 (Bartels *et al.*, 2019). La alteración negativa del pensamiento y del estado de ánimo interactúa con síntomas de trastornos comórbidos como puede ser la depresión o la ansiedad, funcionando como un conector entre ambos (Bartels *et al.*, 2019).

Según lo establecido por el DSM, los niños mayores de 6 años deben cumplir los criterios fijados para la población adulta para ser diagnosticados con un TEPT. Copeland *et al.* (2007, como se citó en La Greca y Danzi, 2017) en su investigación con niños en edades escolares (7-11 años) encontraron una prevalencia del TEPT de únicamente el 0,1%. Copeland *et al.* (2007) argumentan que se debe a que están menos expuestos a situaciones traumáticas. Sin embargo, el aumento constante de casos de maltrato, abuso y negligencia infantil lleva a considerar que ese razonamiento no es correcto (Barrera-Valencia *et al.*, 2017). Por esta razón, La Greca y Danzi (2017) realizaron una investigación con una población en el mismo rango de edad que la población investigada por Copeland *et al.* y con la hipótesis de que convendría ampliar el intervalo de edad para diagnosticar TEPT infantil, actualmente encontrado el límite en los 6 años, y así poder diagnosticar a menores de entre 7 y 11 años con TEPT infantil. En una misma muestra se aplicó el criterio diagnóstico adulto, al igual que el criterio establecido para menores de 6 años. Los resultados obtenidos demuestran que la aplicación del criterio adulto en niños de 7-11 años supone el infradiagnóstico de TEPT en estas edades: el 30,6% de la muestra fue diagnosticada con TEPT aplicando el criterio establecido para menores de 6 años, mientras que a través del criterio adulto únicamente el 14,1% fueron reconocidos (La Greca & Danzi, 2017).

Otro argumento que aboga por la importancia de contar con un diagnóstico perteneciente únicamente a los menores se encuentra en los estudios de Danzi y La Greca (2017). Investigaron los criterios diagnósticos del TEPT tanto en adultos como en menores, y encontraron que los criterios del TEPT infantil está asociado con siete factores de riesgo, mientras que los criterios del TEPT adulto se relacionan con cuatro factores de riesgo.

Dentro de este debate sí que se halla un acuerdo sobre la importancia que tiene tanto en niños como en adolescentes entender el trastorno y sus síntomas desde el punto de vista del propio paciente y sus progenitores o cuidadores (Bartels *et al.*, 2019).

La necesidad de que exista un TEPT adulto y el TEPT infantil se apoya también en el hecho de que se ha podido constatar que, en función de la edad del individuo, la estructura sintomatológica seguida por el TEPT cambia. Este cambio se debe a que gran cantidad de síntomas no son directamente observables por los cuidadores ni pueden ser expresados por los niños, lo que influye inconscientemente en los cuidadores en el momento de calificar la gravedad del problema (Bartels *et al.*, 2019).

Otra diferencia sacada en claro entre el TEPT adulto y el infantil es que mientras en los niños parece ser que la sintomatología esencial es aquella que cae dentro del abanico de alteración negativa de la cognición y el estado del ánimo, en el caso de los adultos la reexperimentación o intrusión de pensamientos es el síntoma predominante (Bartels *et al.*, 2019; Mc *et al.*, 2017; Sachser *et al.*, 2017).

Evolución sintomatológica y estabilidad del trastorno

En varias investigaciones sobre el Trastorno por Estrés Postraumático se han advertido considerables diferencias individuales en los diversos recorridos de dicho trastorno en jóvenes y adultos. Fan *et al.* (2015) destacaron cinco trayectorias que puede llevar el TEPT características entre la población adolescente: resistencia, recuperación, recaída, disfunción tardía y disfunción crónica. Gran parte de los jóvenes logran recuperarse de manera natural, no obstante, existe un considerable porcentaje de adolescentes que desarrolla estrés postraumático crónico.

La literatura científica ha dejado claro el gran impacto que el TEPT puede tener en la vida de niños y adolescentes que se han visto envueltos de algún modo en situaciones traumáticas. Dos áreas principales que se ven afectadas son las emociones y las conductas.

Niños y adolescentes presentan dificultades emocionales y conductuales en su día a día, tanto en el ámbito académico como en el personal (Forresi *et al.*, 2020).

En el caso de menores, el Trastorno por Estrés Postraumático puede suponer un obstáculo para el desarrollo adecuado de varias metas cognitivas y evolutivas esperadas (Davis *et al.*, 2015) y un aumento de la posibilidad de padecer ciertas enfermedades somáticas (Britić *et al.*, 2015). Holmes, Kim-Spoon y Deater-Deckard (2016, como se citó en Barrera-Valencia *et al.*, 2017) señalan cómo el maltrato y el abuso en la infancia afectan especialmente a la corteza prefrontal, debido a que no alcanza su máxima madurez hasta la edad adulta. Dicha sensibilidad da lugar a algunos de los déficits cognitivos que se pueden encontrar en niños con TEPT relacionados con el subdesarrollo de funciones ejecutivas – flexibilidad, organización y control inhibitorio – (Li *et al.*, 2019). Un análisis más profundo comprobó que aquellos niños y adolescentes diagnosticados con TEPT y con alteraciones de las funciones ejecutivas mostraban una menor calidad de vida en el ámbito físico, emocional, social y académico (Barrera-Valencia *et al.*, 2017; Li *et al.*, 2019).

Siguiendo con la población infantil, los síntomas relacionados con la alteración de la alerta y la reactividad se ha comprobado que están vinculados a la reducción del volumen del hipocampo, además del desarrollo deficitario de las habilidades motoras finas, es decir, la capacidad para realizar movimientos pequeños o hacer uso de músculos pequeños (Wong *et al.*, 2013).

Con respecto a los adolescentes, Cao *et al.* (2017), siguiendo el modelo híbrido de los siete factores de Armour *et al.* (2015), comprobaron que la hiperactivación disfórica se relacionaba significativamente con el distanciamiento social, y la delincuencia, mientras que la anhedonia y la alteración negativa de la afectividad correlacionan de manera relevante con el aislamiento social y la agresividad, respectivamente. De la misma manera, se observó que las conductas externalizantes correlacionaban con la desregulación emocional y la impulsividad.

Refiriéndonos a todos los afectados por el TEPT, tanto menores como adultos, el coeficiente intelectual de la persona también se ve deteriorado por el trauma, sobre todo por aquellos sucedidos en la infancia (Barrera-Valencia *et al.*, 2017; DeBellis *et al.*,

2009). Se ha encontrado una relación entre el coeficiente intelectual y el número de situaciones traumáticas y retraumatizaciones que sufre una persona.

En lo que respecta a la memoria, se ha contemplado que, a la hora de evaluar la memoria episódica, los componentes del grupo con TEPT, tanto menores como adultos, tienen un menor rendimiento, como ocurre con las personas que son diagnosticadas con depresión. Sin embargo, no se han observado diferencias significativas en la memoria semántica y procedimental entre el grupo control y el grupo con TEPT (Barrera-Valencia *et al.*, 2017).

Seng *et al.* (2001, como se citó en Mingote, 2011) afirma que el TEPT supone un factor de riesgo para otras patologías médicas, sin importar la edad. Este riesgo es mayor sobre todo en el caso de las mujeres, que pueden llegar a desarrollar dificultades durante el embarazo, embarazos ectópicos, hiperémesis, abortos espontáneos y partos prematuros.

Discusión

Los objetivos perseguidos en esta revisión bibliográfica eran describir el concepto, criterios diagnósticos y controversias alrededor del Trastorno por Estrés Postraumático; revisar especialmente el TEPT en menores; revisar la evolución de los síntomas y la estabilidad del trastorno a lo largo de la vida; explorar sobre las posibles variables que podían influir en la aparición, sintomatología y curso del TEPT; y, finalmente, comparar el TEPT en menores con el TEPT en adultos.

Como se ha afirmado antes, según el DSM, no se llega a diagnosticar un Trastorno por Estrés Postraumático a no ser que se cuente con un suceso considerado traumático, aunque la persona presente los síntomas esperables (McNally, 2003). Es de suponer que este supuesto también incluye las situaciones en las que la mente del individuo que presente dichos síntomas oculte la situación traumática de su consciencia para que pueda seguir funcionando de manera adecuada. La persona no recuerda la vivencia, pero esto no significa que no haya ocurrido.

Por otro lado, por el bien de los pacientes, el profesional tiene el deber de realizar una evaluación más integral a la hora de establecer un diagnóstico, en vez de solo enfocarse en la sintomatología presentada por el individuo. Es necesario indagar en la etiología y evolución de la enfermedad. Como bien sabemos, dos pacientes pueden ir a consulta con las mismas quejas, siendo la raíz de dicho problema completamente diferente. Cova *et al.*

(2011, p. 2) resume la importancia de esta visión integral en el siguiente párrafo: “Desde el punto de vista clínico, realza la necesidad de una mirada que sitúe los problemas de las personas en relación a su contexto vital y no los reduzca a relaciones mecánicas y a “síntomas” preestablecidos como los más relevantes, y desde el punto de vista conceptual pone en duda que las categorías diagnósticas no hagan más que reflejar realidades naturales que les preexisten”.

Dentro del campo psicológico se ha insistido en la importancia de las diferencias que existen en el desarrollo entre las 5 principales etapas de la vida, lo que hace difícil aceptar que solo existe un criterio diagnóstico para adultos y otro para menores de hasta 6 años. Según las etapas de desarrollo de Piaget, a los 6 años, el niño únicamente ha llegado hasta la fase conocida como etapa de preocupaciones. Esto nos indica que, al menos hasta los 11 años, el niño aún tiene que desarrollar un elevado número de habilidades para poder ser llamado joven adulto. Por esta razón, parece inadecuado que sean evaluados a través de criterios diagnósticos para adultos sobre cómo hacer frente a la realidad después de estar expuesto a una vivencia traumática.

Por todo ello, sería interesante investigar la posibilidad de introducir nuevos subtipos de TEPT para menores entre los 7 y 11 y otro para adolescentes o, al menos, ampliar el intervalo de edad que se recoge en el TEPT infantil, como proponían La Greca y Danzi (2017) debido a que con la estructuración actual muchos menores quedan sin un diagnóstico.

Asimismo, en este trabajo se han revisado varios artículos científicos que apuntan que uno de los efectos producidos por el TEPT es la disminución del Coeficiente Intelectual (CI). Una hipótesis que podría barajarse es la idea de que no se produce literalmente dicha disminución de CI, sino que lo que ocurre es que se ve reducida la motivación necesaria para realizar el esfuerzo que las tareas complejas cognitivas suponen, sobre todo las de razonamiento. La población en exclusión se ve afectada por este descenso de motivación que, a su vez, afecta también a su CI por lo que no estaríamos ante una novedad si esto ocurriera con individuos que sufren TEPT.

Por otro lado, la literatura deja claro que la pertenencia a la etnia hispana, afroamericana, nativo-americana, asiática, cualquier otra minoría étnica o la pertenencia a varias etnias de manera simultánea se considera un factor de riesgo. La teoría que se propone para

explicar estos datos es que las minorías en general, aunque en especial las étnicas, tienen un mayor riesgo a vivir situaciones que se consideran traumáticas. Las minorías no son más “frágiles” y por eso tienden a desarrollar un TEPT con mayor frecuencia. Lo que probablemente ocurre es que las situaciones de discriminación en las que estas poblaciones se ven inmersas con mayor frecuencia pueden llegar a tener un carácter traumático.

Para finalizar, es necesario hablar de las limitaciones que se han encontrado en la realización de este trabajo. Una observación a la que se ha llegado a lo largo de esta revisión bibliográfica es que no se han encontrado artículos que aborden la evolución sintomatológica de un TEPT infantil a un TEPT adulto, por lo que no se posee información comprobada sobre si los síntomas “maduran” con el individuo y se convierten en síntomas correspondientes al TEPT adulto o si, por el contrario, queda algún rastro de síntomas pertenecientes al TEPT infantil. A pesar de ello, con este trabajo se ha conseguido proporcionar una visión sintetizada del TEPT, tanto en adultos como en menores, basada en los artículos más actuales y facilitar una potencial futura línea de investigación de cómo evoluciona la sintomatología de un TEPT infantil a un TEPT adulto.

Referencias

- Allen, J., Heston, J., Durbin, C. & Pruitt D. (1998). Stressors and development: a reciprocal relationship. *Child Adolesc Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 1-17. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30256-6](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30256-6)
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5)*. VA: APA: Arlington.
- Andreasen, N. (2010). Posttraumatic stress disorder: a history and a critique. *Psychiatric and Neurologic Aspects of War*, 1208(1), 67-71. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05699.x>

- Armour, C., Tsai, J., Durham, T. A., Charak, R., Biehn, T. L., Elhai, J. D. & Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: Support for a hybrid Anhedonia and Externalizing Behaviors model. *Journal of Psychiatric Research*, 6, 106-113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.10.012>
- Aupperle, R. L., Melrose, A. J., Stein, M.B. & Paulus, M. P. (2012). Executive function and PTSD: Disengaging from trauma. *Neuropharmacology*, 62, 686-694. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.990907>
- Barrera-Valencia, M., Calderón-Delgado, L., Trejos-Castillo, E. & O' Boyle, M. (2017). Cognitive profiles of Post-traumatic Stress Disorder and depression in children and adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, 242-250. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.05.001>
- Bartels, L., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T., Jungbluth, N., Plener, P., Risch, E., Rojas, R., Rosner, R. & Sachser (2019). The importance of the DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms of cognitions and mood traumatized children and adolescents: two network approaches. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(5), 545-554. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13009>
- Britić, D., Antičević, V., Kaliterna, M., Lušić, L., Beg, A., Brajević-Gizdić, I., Kudrić, M., Stupalo, Ž., Krolo, V. & Pivac, N. (2015). Comorbidities with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among combat veterans: 15 years postwar analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 81-92. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.11.002>
- Cao, X., Wang, L., Cao, C., Zhang, J. & Elhai, J. (2017). DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder Symptom Structure in Disaster-Exposed Adolescents: Stability across Gender and Relation to Behavioral Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 803-814. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0193-1>
- Castro Sáez, M. (2011). *Trastorno por estrés postraumático en menores que han sufrido maltrato familiar: directo y exposición a violencia de género*. [Tesis doctoral, Universidad de Murcia].

- Cova, F., Rincón, P., Grandón, P. & Vicente, B. (2011). Controversias respecto de la conceptualización del trastorno de estrés postraumático. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49(3), 288-297. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272011000300010>
- Danzi B. A. & La Greca A. M. (2017). Optimizing clinical threshold for PTSD: Extending the DSM-5 preschool criteria to school-age children. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, 234-241. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.07.001>
- Davis, A., Moss, L., & Nogin, M. (2015). Neuropsychology of child maltreatment and implications for school Psychologists. *Psychology in the Schools*, 52, 77-91. <https://doi.org/10.1002/pits.21806>
- De Vries, S., Juhnke, G., Keene, C. T. (2018). PTSD, Complex PTSD, and Childhood Abuse: Gender Differences among a Homeless Sample. *Journal for Social Action in Counseling & Psychology*, 10(2), 2-15. <https://doi.org/10.33043/JSACP.10.2.2-15>
- Elliot, R., Mckinnon, A., Dixon, C., Boyle, A., Murphy, F., Dahm, T., Travers-Hill, E., Mil, C., Archibald, S. J., Smith, P., Dalgleish, T., Meiser-Stedman, R. & Hitchcock, C. (2020). Prevalence and predictive value of ICD-11 posttraumatic stress disorder and Complex PTSD diagnoses in children and adolescents exposed to a single-event trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(3), 270-276. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13240>
- Fan F., Long, K., Zhou Y., Zheng, Y. & Liu X. (2015). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder Symptoms among adolescents after the Wenchuan earthquake in China. *Psychological Medicine*, 45, 2885-2896. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000884>
- Forresi, B., Soncini, F., Bottosso, E., Di Prieto, E., Scarpini, G., Scaini, S.,... & Righi, E. (2020). Post-traumatic stress disorder, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents 2 years after the 2012 earthquake in Italy. *European Child & Adolescents Psychiatry*, 29(2), 227-238. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01370-0>

- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant R. A. & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 750-769. <https://doi.org/10.1002/da.20767>
- Gale, C. R., Deary, I. J., Boyle, S. H., Barefoot, J., Mortensen, L. H. & Batty, D. (2008). Cognitive Ability in Early Adulthood and Risk of 5 Specific Psychiatric Disorders in Middle Age. The Vietnam Experience Study. *Archive of General Psychiatry*, 65(12), 1410-1418. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.12.1410>
- Hedges, D. W & Woon, F. L. (2011). Early-life Stress and Cognitive Outcome. *Psychopharmacology*, 214(1), 121-130. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-2090-6>
- La Greca, M. A., Danzi, B. A. & Chan, S. F. (2017). DSM-5 and ICD-11 as competing models of PTSD in preadolescent children exposed to a natural disaster: assessing validity and co-occurring symptomatology. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1-12. <http://dx.doi.org/10.1080/20008198.2017.1310591>
- Laor, N., Wolmer, L. & Cohen, D. J. (2001). Mothers' Functioning and Children's Symptoms 5 Years After a SCUD Missile Attack. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1020-1026. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1020>
- Li, G., Wang, L., Cao, C., Fang, R., Cao, X., Chen, C.,... Hall, B.J. (2019). Posttraumatic Stress Disorder and executive dysfunction among children and adolescents: A Latent Profile Analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19, 228-236. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.001>
- Marshall, G. N., Miles, J. N. V. & Stewart, S. H. (2010). Anxiety Sensitivity and PTSD Symptom Severity Are Reciprocally Related: Evidence From a Longitudinal Study of Physical Trauma Survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 143-150. <https://doi.org/10.1037/a0018009>
- McGrath, J.M & Frueh., B. C. (2002). Fraudulent Claims of Combat Status in the VA? *Psychiatric Services*, 53(3), 345. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.3.345>

- McNally, R. J. (2003). Progress and Controversy in the Study of Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 229-252. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145112>
- McNally, R. J., Heeren, A. & Robinaugh, D. J. (2017). A Bayesian network analysis of posttraumatic stress disorder symptoms in adults reporting childhood sexual abuse. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup3), 1341276. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1341276>
- Mingote, J. C. (2011). Diagnóstico diferencial del Trastorno de Estrés Postraumático. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 121-134. <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a2>
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación*. Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Pai, A., Suris, A. M. & North, C. S. (2017). Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, Change, and Conceptual Considerations. *Behavioral Sciences*, 7(1), 1-7. <https://doi.org/10.3390/bs7010007>
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T., Jungbluth, N., Risch, E., Rosner, R. & Goldbeck, L. (2017). Comparing the dimensional structure and diagnostic algorithms between *DSM-5* and *ICD-11* PTSD in children and adolescents. *European Child Adolescents Psychiatry*, 27, 181-190. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1032-9>
- Scheeringa, M. S. (2013). Comentarios al Trastorno por Estrés Postraumático en niños de 6 años y menores. *DSM – 5. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 5(1), 1-6.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H. & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, 28(9), 770-782. <https://doi.org/10.1002/da.20736>
- Şengün, G. & Öğretir, A. D. (2018). Investigation of Some Variables of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), Empathy and Depression in Syrian Children. *Universal*

Journal of Educational Research 6(6), 1348-1357.
<https://doi.org/10.13189/ujer.2018.060626>

Valdivia, M. (2002). Trastorno por estrés postraumático en la niñez. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40(2), 76-85. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600007>

Wang, L., Cao, X., Cao, C., Fang, R., Yang, H. & Elhai, J. (2017). Factor structure of DSM-5 PTSD symptoms in trauma-exposed adolescents: Examining stability across time. *Journal of Anxiety Disorders*, 52, 88-94.
<https://doi.org/10.1007/s10802-016-0193-1>

Wong, S. S., Kletter, H., Wong, Y. & Carrion, V. G. (2013). A Prospective Study on the Association Between Caregiver Psychological Symptomatology and Symptom Clusters of Pediatric Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 385-391. <https://doi.org/10.1002/jts.21816>

Woon, F. L., Farrer, T. J., Braman, C. R., Mabey, J. K. & Hedges, D. W. (2016). A meta-analysis of the relationship between symptom severity of Posttraumatic Stress Disorder and executive function. *Cognitive Neuropsychiatry*, 22, 1-16.
<https://doi.org/10.1080/13546805.2016.1255603>

Anexos

Tabla 1. Criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Postraumático (DSM – 5. 309.81)

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más abajo.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota. El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: en los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(S), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal”, “No puedo confiar en nadie”, “El mundo es muy peligroso”, “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresen típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.

<p>3. Hipervigilancia.</p> <p>4. Respuesta de sobresalto exagerada.</p> <p>5. Problemas de concentración.</p> <p>6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).</p>
<p>F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.</p>
<p>G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.</p>
<p>Especificar si:</p> <p>Con síntomas disociativos. Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno por estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Despersonalización. Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio). 2. Desrealización. Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado). <p>Nota. Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).</p> <p>Especificar si:</p> <p>Con expresión retardada. Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).</p>

Tabla 2. Criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Postraumático (CIE – 10. F43.10)

Surge como una respuesta tardía o diferida a una situación o acontecimiento estresantes (de duración breve o prolongada) de una naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí misma un malestar generalizado en casi cualquier persona. Los factores de predisposición tales como rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos, asténicos) o el antecedente de una enfermedad neurótica previa pueden disminuir el umbral para el desarrollo del síndrome o agravar su curso, pero no son necesarios ni suficientes para explicar que se produzca. Las características típicas incluyen episodios repetidos de volver a vivenciar el trauma en forma de recuerdos molestos (reviviscencias o “flashbacks”), sueños o pesadillas, que se producen en el trasfondo persistente de una sensación de “aturdimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, falta de respuesta al entorno, anhedonia y de evitación de actividades o situaciones evocadoras del trauma. Suele haber un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Junto a estos síntomas y signos, con frecuencia se asocian síntomas depresivos y ansioso, y no es infrecuente la ideación suicida. El inicio del trastorno sigue al trauma con un periodo de latencia que puede variar de pocas semanas a meses. El curso es fluctuante, pero en la mayoría de los casos puede esperarse la recuperación. En una pequeña proporción de los casos el trastorno puede seguirse de un curso crónico de muchos años, con una eventual transición a una transformación persistente de la personalidad (F62.0)

Neurosis traumática.

- A. El paciente tiene que haber estado expuesto a un acontecimiento o situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causaría malestar profundo en casi cualquier persona.
- B. Debe haber recuerdos persistentes de “revivir” el acontecimiento o situación estresantes en forma de reviviscencias (“flashbacks”), recuerdos vívidos o sueños recurrentes, o una sensación de malestar al exponerse a circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento o situación estresantes.

- C. El paciente debe mostrar una evitación real o preferente de circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento o situación estresantes, que no presentaba antes de la exposición al mismo.
- D. Presencia de alguno de los siguientes:
1. Incapacidad para recordar, parcial o completa, algunos aspectos importantes del periodo de exposición al acontecimiento o situación estresantes.
 2. Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición), que se manifiestan por dos cualesquiera de los siguientes:
 - a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
 - b) Irritabilidad o arrebatos de ira.
 - c) Dificultad para concentrarse.
 - d) Hipervigilancia.
 - e) Reacción de sobresalto exagerada.
- E. Deben cumplirse los criterios B, C y D dentro de los seis meses del acontecimiento estresante o del fin de un periodo de estrés (el comienzo diferido más de seis meses puede incluirse en circunstancias especiales, pero debe especificarse claramente).