



[Revista chilena de neuro-psiquiatría](#)

versión On-line ISSN 0717-9227

Rev. chil. neuro-psiquiatr. v.40 supl.2 Santiago nov. 2002

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600007>

ARTICULO ORIGINAL

Trastorno por estrés postraumático en la niñez

Posttraumatic stress disorder in childhood

Mario Valdivia

Children are exposed to trauma, and when they experience severe trauma as violence, sexual abuse, accidents or natural disasters they may develop Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Different issues about this disorder in children are reviewed. Its definition, current diagnostic criteria (DSM-IV-TR and ICD-10), prevalence and course, clinical presentation including clinical cases, mediating factors, etiology and treatments that include individual psychotherapy, group and family therapy and pharmacotherapy are discussed.

Key words: *posttraumatic stress disorder, childhood, trauma, clinical presentation, treatment*

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2002; 40 (Suplemento 2): 76-85

Introducción

Los niños responden a los eventos traumáticos severos con mecanismos mentales que llevan a desórdenes a veces crónicos (1). Dentro del amplio espectro de respuestas adaptativas y patológicas al estrés, una de las de mayor severidad es el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) (2, 3); cuadro que presenta características propias en la población infantil tanto por el modo de presentación clínica como por el impacto que implica en un sujeto.

Si bien el diagnóstico de TEPT sólo se incorpora formalmente en 1980 con su inclusión en el DSM-III, los conceptos del trauma en el funcionamiento mental estaban presentes desde hacía mucho tiempo en la literatura. Términos como "síndrome del trauma de la violación", "neurosis de guerra", "síndrome de supervivencia", "síndrome de concentración", "neurosis de combate" constituyen los antecesores del diagnóstico de TEPT, en especial en relación a conflictos bélicos (3, 5-8).

Inicialmente existía escepticismo en relación a que la población infantil pudiese presentar el diagnóstico de TEPT.

Servicios Pe

Revista



Artículo



Indicadores

Links relaci

Compartir



postulaba que las respuestas emocionales de los niños estaban determinadas por las de sus padres ("hijos nerviosos") (1) o muchas veces se subestimaba el impacto emocional en el menor debido a su r cognitivo o a malas interpretaciones por parte de los adultos (9).

En la actualidad existe una creciente cantidad de estudios acerca de la respuesta al desastre y el traum como se sabe que estas respuestas van en la línea sintomatológica del TEPT, llegando muchas veces a completo y que estas respuestas no son en general de una naturaleza transitoria; además se sigue pro los factores protectores, de la neurobiología y del impacto en el desarrollo ulterior del menor (5).

Definición y criterios diagnósticos

El TEPT se define por la aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición a un acontec extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligr cualquier otra amenaza para su integridad física o es testigo de un acontecimiento donde se producir existe una amenaza para la vida de otras personas (10).

Las exigencias del DSM-IV para el diagnóstico se pueden resumir en a) exposición a un acontecimiento reexperimentación del acontecimiento traumático; c) evitación de estímulos asociados al trauma y en síntomas de aumento de la activación o "arousal". La reciente aparición del DSM- IV-TR no implicó m los criterios diagnósticos para TEPT (11) .

La CIE 10 por su parte lo define como un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un ac a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que ca generalizado en casi todo el mundo (12).

Los tres sistemas clasificatorios mencionados usan los mismos criterios para niños y adultos, lo que p problema en la práctica ya que para algunos investigadores de TEPT en la población infantil los criter cuenta de la sintomatología, especialmente en niños de pocos años (8, 13, 14).

Prevalencia y curso

No contamos con información acerca de la prevalencia en la población infantil chilena de TEPT; las p estadounidenses muestran cifras entre el 1% y el 14% de prevalencia en población general (8,10,13) y adolescentes no consultantes entregó una prevalencia de 6,3% de TEPT usando criterios DSM-III-R (1 de mayor interés estudiar el impacto del trauma en poblaciones expuestas a eventos estresantes de gr investigaciones efectuadas en niños y jóvenes víctimas de desastres naturales o agresiones humanas violaciones, etc.) muestran cifras de prevalencia que van desde 3% hasta 100% (1, 8, 15-18). También i analizar la evolución a largo plazo de los menores que han presentado TEPT; los estudios de seguimi hasta quince años después de los eventos traumáticos, muestran en general una persistencia de la sin una proporción significativa de los menores expuestos a estresores traumáticos con cifras de persiste fluctúan entre el 24% y el 70% (8, 19, 20). Esto implica que en un alto número de los casos el haber suf traumático severo que haya desencadenado un TEPT, en la niñez, puede dejar huellas psicopatológico décadas llegando incluso a la vida adulta (19, 20)

Presentación clínica

En esta sección se analizan las características clínicas principales del TEPT en niños como lo son el he expuesto a una experiencia traumática, la reexperimentación del suceso, la evitación y embotamiento Además se presentan otras características clínicas frecuentes, se explican los distintos subtipos clínico comorbilidad. Como una forma de situar el cuadro clínico se comienza con la presentación de dos víf

Vñetas

Pablo: En la primera consulta tenía 5 años de edad, fue traído por su madre por presentar conductas a como golpes, puntapiés, descontrol impulsivo tanto hacia su hermano como hacia otros niños del kir pesadillas en forma reiterativa en que un monstruo lo atacaba y le tocaba distintas partes del cuerpo l

mucho temor y ansiedad por parte del menor. Además presentaba conductas de evitación en relación (evitándolo en la casa en el último tiempo que vivieron juntos, y evitando el jardín donde a veces iba hermano). El patrón sintomatológico descrito se presentó 5 meses previo a la consulta y la madre aparecía separada del padrastro desde hace 2 meses porque éste era violento y agresivo físicamente con ella. En el examen clínico se constata un menor irritable, temeroso, que se asusta con facilidad, y que evita comer y jugar relacionados con el padrastro. Se inicia un proceso de evaluación a través de juegos y técnicas pictóricas para identificar elementos de maltrato y abuso sexual por parte del padrastro. En la terapia, por psicólogo, el menor relata los sucesos. En la actualidad el menor continúa con terapia psicológica y existe un dictamen legal que prohíbe cualquier cercanía con el menor y sus hermanos. Ha habido una notable mejoría conductual y emocional, los síntomas prácticamente han desaparecido.

Comentario: En Pablo se efectuó el diagnóstico de TEPT, tipo II. La sintomatología incluía la reexperiencia (pesadillas); conductas de evitación y síntomas de aumento del *arousal*. La intervención tendió a lograr la recuperación del menor y a apoyar psicoterapéuticamente con técnicas de juego el proceso reparatorio. Los síntomas considerados sintomatología asociada y mejoraron con la terapia.

Pedro: Adolescente de 14 años que consultó 2 meses después de haber sufrido un accidente automovilístico en el que su madre y él fracasó en su intento de salvarla. En los primeros días después del accidente estuvo apático y con síntomas; sin embargo, hacia la segunda semana comenzó a presentar miedo a viajar en bus como tal, ya que volvía a ver y a sentirse en el accidente, los que eran vivenciados con mucha angustia. Presentaba además síntomas ansiosos y somáticos durante los días de lluvia (el accidente ocurrió un día de tempestad); un estado de hipervigilancia, baja en el rendimiento académico por problemas en la concentración y dificultades para estudiar. Además presentó síntomas depresivos suficientes para el diagnóstico de episodio depresivo mayor de grado moderado. Se inició tratamiento con sertralina y sesiones de psicoterapia en las que el joven logró una reelaboración de los hechos. Presentó una notable mejoría de la sintomatología del TEPT con el tratamiento persistiendo sintomatología residual de problemas de adaptación a la nueva situación familiar, ya que el padre abandonó la familia y Pedro quedó con sus hermanas mayores adultas. Estos aspectos fueron abordados en psicoterapia familiar e individual, logrando resolverse completamente. El paciente fue dado de alta y a la fecha realiza su vida normal.

Comentario: En Pedro fue notoria la sintomatología que permitió el diagnóstico de TEPT tipo I (síntomas de *arousal*, *flashbacks* y conductas de evitación). Los síntomas de TEPT se resolvieron en primer término, pero los síntomas depresivos y surgió una serie de dificultades relacionadas a los cambios que se produjeron en su vida, a las cuales se debió adaptar, esto requirió de un mayor tiempo de intervención terapéutica para finalmente lograr la recuperación.

Criterios para el diagnóstico

Haber estado expuesto a un acontecimiento traumático

Para el diagnóstico de TEPT resulta indispensable que el niño sufra, vea o le cuenten una situación grave que le haga sentir que su vida o la de los demás corre peligro y ante la cual reacciona con temor intenso, huyendo o desestructurado (6, 8, 10, 21, 22). En las clasificaciones actuales ya no es necesario que el acontecimiento encuentre fuera del marco habitual de la experiencia humana, pero sí debe ser una experiencia extremadamente traumática como el resultado mental de haber sufrido un golpe emocional externo repentino o un suceso que dejan al joven temporalmente indefenso y que sobrepasan sus mecanismos de defensa psicológicos.

La misma autora (1) explica que no siempre un evento traumático generará una "experiencia traumática" y para que el niño debe a) entender que está en peligro o siendo testigo de algo terrible, b) debe sentir su propia vulnerabilidad, c) debe percibir y registrar en forma implícita o explícita una memoria traumática. Lamentablemente los niños hoy en día están expuestos a una serie de eventos adversos que pueden llegar a constituir traumas, incluso en nuestro país, ya que actualmente no se viven situaciones de guerra, los menores siguen expuestos a violencia intrafamiliar, abuso sexual, accidentes de tránsito y desastres naturales.

Los sucesos más habitualmente relacionados con TEPT en la infancia se refieren a exposición a violencia (guerra, maltrato), accidentes, ser testigos de homicidios, suicidios, violaciones, ataques graves por abuso sexual, catástrofes humanas o naturales (3, 6, 22)

Reexperimentación del acontecimiento traumático

Los niños tienden a presentar recuerdos recurrentes e invasores del acontecimiento; estos recuerdos (en pensamientos, percepciones o juegos repetitivos con elementos del trauma como lo es el juego tra en forma repetitiva dramatizan en el juego los elementos o temas del evento que producen malestar. juego como en las imágenes pueden alterar la acción en su fantasía y representación, en búsqueda de negativa o para disminuir o minimizar el efecto deletéreo del trauma (6, 10). Estas reproducciones en y no deseadas (3). También se presentan sueños recurrentes que en niños pueden ser acerca del evento también ser sueños terroríficos acerca de otras situaciones o de carácter inespecífico (6, 10, 23).

Los pacientes que cursan TEPT pueden experimentar la sensación de estar reviviendo el hecho traumático puede expresarse como reescenificaciones del evento traumático, como ensoñaciones diurnas, alucinaciones disociativas. En niños muy rara vez se observan los *flashbacks* descritos en adultos (8, 10, 24, 25).

Por último pueden presentar malestar psicológico severo y/o respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos (recuerdos, sensaciones) o externos (lugares, fechas, eventos) que simbolicen o recuerden el evento traumático.

Evitación y embotamiento

Los mecanismos de evitación incluyen los esfuerzos para evitar los pensamientos, sentimientos, conductas, lugares o personas que se vinculen con el trauma. En ocasiones puede incluso presentarse amnesia de eventos importantes del trauma (10), aunque este último mecanismo es menos frecuentemente descrito en niños que en otras alteraciones de memoria (6,8,25). En los niños muchas veces es posible distinguir miedos específicos de estresor o temores más generalizados como a la oscuridad o al hecho de estar solo. Estos miedos son conductas de evitación (1).

Los comportamientos de evitación y la amnesia reducen la posibilidad de exposición al estímulo traumático, lo que a su vez implica un costo para el menor, quien de un modo inevitable afecta otras áreas del comportamiento como la reducción de los intereses, sensación de desapego y restricción en los afectos (5).

Aumento de la activación (*arousal*)

Los niños portadores de TEPT presentan múltiples patrones de hiperactivación con alteraciones del sueño, ataques de ira, lo que lleva a dificultades de relaciones con la familia y con sus pares; dificultades en las fallas académicas asociadas y estados de hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto (5, 6, 10).

Otras características clínicas

En adición a la tríada clásica de manifestaciones del TEPT, los niños víctimas de traumas presentan muchas otras manifestaciones como lo son conductas regresivas (pérdidas de habilidades ya adquiridas, problemas de conducta, ansiedad, síntomas depresivos, miedos, quejas somáticas y problemas conductuales (5, 23).

También es necesario tener presente que la sintomatología del menor junto con ser parte del TEPT, puede estar acompañada de todas las adaptaciones y modificaciones que ocurren con posterioridad al suceso; de esta forma los niños pueden experimentar cambios o situaciones estresantes que podríamos llamar secundarias. Ejemplo de esto son el niño víctima de un accidente de tránsito, cambiarse de casa y entorno familiar con la consiguiente pérdida del soporte familiar, el menor que es víctima de un accidente o aquél que sufre amputaciones o pérdida de funciones.

Subtipos clínicos relevantes.

En el DSM-IV-TR se definen tres subtipos de TEPT, el **agudo** en que los síntomas duran menos de tres meses, el **crónico** en que los síntomas duran tres meses o más y el de **inicio demorado** en que han transcurrido al menos seis meses desde el evento traumático y el inicio de los síntomas. Se debe tener en cuenta que muchas veces los padres tienden a atribuir el TEPT en sus hijos, por lo que se debe ser muy cauto al clasificar el TEPT como de inicio demorado. Otra consideración es que si los síntomas aparecen antes de un mes y duran menos de un mes el diagnóstico es de Trastorno por Estrés Agudo (8,10,11).

Resulta también importante la diferencia de los traumas en trauma tipo I (el evento traumático es un suceso repentino) y trauma tipo II (resultado de la presencia prolongada y mantenida de los fenómenos estresantes como el caso de vivir en un lugar con violencia intrafamiliar o el ser víctima de abuso sexual en forma mantenida).

Comorbilidad

Existe una importante comorbilidad entre el TEPT y otras patologías psiquiátricas. Muchas veces los síntomas de la esfera ansiosa, depresiva o conductual en que los síntomas aislados son insuficientes para el diagnóstico de un segundo cuadro clínico. En otras oportunidades los síntomas del TEPT se confunden con otros trastornos, viceversa lo que obliga siempre a un cuidadoso diagnóstico diferencial en especial con trastornos de ansiedad y algunos trastornos del comportamiento.

Además se debe tener presente los cuadros en los cuales se encuentra una verdadera comorbilidad entre dos diagnósticos; esto ocurre con frecuencia con cuadros depresivos, por abuso de sustancias, otros trastornos de personalidad o posiblemente trastornos limítrofes de la personalidad en niños víctimas de abuso sexual ([6](#), [8](#), [10](#)).

Factores mediadores

El efecto de los desastres y el trauma en los menores estarán mediados por una serie de factores que pueden ser de riesgo y/o protectores. No está aún claro si estos factores son factores específicos para el TEPT. En el caso de riesgo, éstos reflejan una predisposición general a la enfermedad psiquiátrica, ya gatillada por la adversidad.

Entre los factores intermediarios o predictores de respuesta estudiados están la naturaleza del evento traumático, la exposición a él; el género, la edad y nivel de desarrollo; el nivel de funcionamiento premórbido tanto individual como familiar y factores sociales ([5](#),[13](#)).

Naturaleza del evento traumático y nivel de exposición

Las características del evento traumático (nivel de violencia, riesgo real, daño producido, secuelas, magnitud) así como la cercanía de exposición (haber sido testigo, haber sido afectado directamente, haber estado expuesto a elementos que influyen en la respuesta al trauma ([5](#),[13](#))).

Género

El género determinará los estilos defensivos y estrategias de enfrentamiento del menor, la disponibilidad de apoyo social y las expectativas de respuestas y recuperación. Algunos estudios muestran en general a los niños sintomáticos que los niños ([15](#),[18](#)).

Edad y nivel de desarrollo

La edad y el nivel de desarrollo mediarán la respuesta al trauma al determinar la madurez del concepto de riesgo, la capacidad de comprender el riesgo al que se ve enfrentado, la madurez de los mecanismos defensivos de asimilar y recordar el evento traumático ([5](#),[13](#)).

La edad también puede determinar el tipo de respuesta (patrón sintomático) asociado al cuadro; así por ejemplo se encontró que los niños más pequeños tenían más síntomas de evitación, mientras que los mayores tenían más síntomas de reexperimentación y aumento de la alerta ([28](#)).

Niveles de funcionamiento previos (familiares e individuales)

Las experiencias vitales previas, el nivel de funcionamiento general, la capacidad de adaptación y la salud psiquiátrica son los elementos del menor que estarán influyendo en la respuesta a sucesos traumáticos.

Así también las características de la relación familiar y la capacidad de los padres de manejar las situaciones influirán en la respuesta del menor ([5](#),[13](#)).

Factores sociales

Los patrones culturales como las creencias, las características del entorno, la exposición a riesgos y el son aspectos que influirán en las características de la respuesta a situaciones traumáticas (13).

Etiología

Se han propuesto varios modelos para explicar el TPET: el psicoanalítico, el de aprendizaje social y el embargo, lo más probable es que la causa de este cuadro surja de la interrelación de los distintos par: biopsicocial (23).

Modelo psicoanalítico

En este modelo se plantea que la experiencia abrumadora del trauma psíquico rompe los mecanismo moviliza una serie de defensas psicológicas como la repetición compulsiva, la negación, la disociación identificación con el agresor (6,29).

Modelo del aprendizaje social

Este modelo considera un condicionamiento de dos factores (clásico e instrumental). En el clásico el como un estímulo no condicionado que desencadena una respuesta refleja no condicionada de miedo cognitiva de indefensión. Los señales cognitivas, afectivas, fisiológicas y ambientales que acompañan pasan a ser los estímulos condicionados que desencadenarán las respuestas condicionadas en la forma TEPT. El condicionamiento instrumental lleva a que el niño rápidamente aprenda que las manifestaciones reducen evitando situaciones, lo que promueve las conductas de evitación (6).

Modelo neurobiológico

Un acabado análisis de las diversas interacciones a nivel neurobiológico relacionadas con la exposición sus respuestas en un menor en proceso de desarrollo va mucho más allá del objetivo de este artículo. múltiples cambios neurofisiológicos y neurobiológicos ocurren en respuesta al trauma. La respuesta (*hiperarousal*) estaría dada por una señal de alarma mediada por el locus coeruleus que activaría el sistema preparando al niño, para "correr o pelear" lo que es un sistema de respuesta menos adaptativo en los niños y posiblemente en niños pequeños esta activación tendería más bien a alertar a sus cuidadores. Otro sistema de respuesta inicial es el núcleo ventrotectal, que en conjunto con el locus coeruleus forma la sustancia negra. En caso de persistir la amenaza traumática sin contar el niño con ayuda, la respuesta se modifica pasando a la inmovilización o congelamiento ("*freezing*") y, finalmente, a la disociación que es la respuesta de rendición. El menor presenta una ausencia de reactividad emocional, indiferencia al mundo externo acompañada por embotamiento, ensoñación diurna y fantasías (13, 24, 30).

A nivel de neurotransmisores y neuromoduladores la respuesta al estrés produce una masiva liberación de (noradrenalina, serotonina, dopamina, GABA) y del factor liberador de corticotrofina con la consiguiente activación del eje hipotálamo- hipófisis- corteza suprarrenal. Recién ahora se está comprendiendo el impacto que estos cambios en el cerebro en desarrollo; por ejemplo, a través del daño irreversible a las neuronas piramidales del hipocampo produciendo consiguientes cambios estructurales y funcionales y que, tal vez, permitan explicar las secuelas a largo plazo del trauma psíquico (6, 9, 23)

Tratamiento

Prevención

Sin lugar a dudas el primer nivel de prevención está dado por disminuir la exposición de los niños a la violencia en ese sentido la prevención de la violencia intrafamiliar, la disminución de los accidentes de tránsito y la prevención de situaciones de catástrofes disminuirán el número de niños que sufran de TEPT.

Una vez ocurrido el suceso traumático es factible plantear intervenciones agudas en todos los niños y trabajar en grupo mediante sesiones destinadas a compartir la situación y a crear redes de apoyo. Mucho se organiza basados en el sistema escolar cuando se trata de desastres masivos (1,13)

Psicoterapias

El enfoque psicoterapéutico tanto individual como, en ocasiones, grupal o familiar resulta un sustento del menor que sufre de TEPT.

En el plano individual las técnicas que cuentan con mayor respaldo (aun cuando se cuenta con pocos tratamientos de orientación cognitivo- conductual [\(1,6,8\)](#) aunque también se ha planteado con éxito la orientación psicodinámica, técnicas de manejo de ansiedad y psicoterapias focalizadas en el trauma (

Es importante considerar técnicas basadas en el juego, en dibujos, en uso de títeres o en dramatización con bajo dominio verbal o en los niños con un alto componente de evitación o negación del conflicto. Este enfoque psicoterapéutico plástico que permita el uso criterioso de distintas técnicas resulta siempre a

Las intervenciones grupales juegan un rol en el tratamiento de niños expuestos a un mismo evento; ellas permiten desarrollar experiencias educativas, compartir vivencias y apoyarse mutuamente, pero requieren una estricta supervisión ya que muchas veces los ritmos y necesidades de cada niño resultan muy dis

La familia también debe ser apoyada en el proceso de reparación del daño, readaptarse a nuevas realidades, en especial a aquellos casos en que el daño surge en el seno familiar o cuando la familia como un todo es traumática [\(1,13\)](#).

Psicofarmacoterapia

En esta área la investigación en niños está en un nivel inicial. Sin embargo, existe alguna experiencia con fármacos bloqueadores en especial en el manejo de los síntomas de aumento del *arousal* [\(1,32\)](#). También se han utilizado medicamentos *anti-kindling* como carbamazepina, valproato y litio [\(8,33\)](#) aunque la experiencia es más limitada en adultos. De especial interés y de gran utilidad clínica ha sido la introducción de los inhibidores selectivos de la serotonina (ISRS) como fluoxetina, sertralina y paroxetina en el tratamiento farmacológico del TEPT [\(1,32\)](#). En la práctica clínica se han convertido en fármacos de primera elección para el tratamiento de este cuadro.

Conclusiones

Los niños sometidos a situaciones traumáticas severas pueden cursar con un TEPT en una proporción que en algunos casos llega a la totalidad de los menores sometidos al evento. La duración de esta patología se puede prolongar llegando incluso hasta la vida adulta del individuo. La presentación clínica del TEPT en la niñez, aunque en muchos sentidos a la del adulto, presenta particularidades que obligan al clínico a estar atento para su diagnóstico. De modo el reexperimentar el suceso traumático, por ejemplo, se manifiesta habitualmente por juegos simbólicos y *flashbacks* en los niños.

Los impactos emocionales, funcionales e incluso estructurales que estos traumas dejan en un menor pueden afectar su desarrollo, recién ahora se están comprendiendo a cabalidad, de ahí la importancia de un plan de atención destinado a los niños sometidos a trauma y a la intervención temprana buscando, de ser posible, prevenir la aparición de todo su correlato y secuela neurobiológica. En los menores que ya cursan con un TEPT, los tratamientos que incluyen medidas de protección, psicoterapia y farmacoterapia son indispensables para mitigar y acortar el tiempo de minimizar el impacto al largo plazo.

Los niños están expuestos a traumas psíquicos, y cuando sufren experiencias psicológicas severas como víctimas de accidentes o desastres naturales pueden desarrollar Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Se revisa el diagnóstico de este trastorno en niños. Se estudia en este artículo su definición, criterios diagnósticos actuales (DSM-IV-TR y CIE-10), prevalencia, presentación clínica incluyendo viñetas de casos clínicos, factores mediadores, etiología y tratamientos. Se discute la psicoterapia individual, la terapia familiar y grupal hasta la farmacoterapia.

Referencias

1. Terr L. Acute responses to external events and posttraumatic stress disorder. En: Lewis M (editor). Clinical Child Psychology and Psychiatry: a Comprehensive Text book. 2nd ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1996. p 753-63 [

2. Grimes K. Problemas frecuentes de comportamiento y reacciones al estrés. En: Parmelee D (editor). *del Adolescente*. Madrid, Harcourt Brace, 1998. p 311-26 [[Links](#)]
3. Milgram N. Los niños y el estrés. En: Ollendick T, Hersen M (editores). *Psicopatología Infantil*. Barce 1993. p 464-83 [[Links](#)]
4. Williams S, Steiner H. Childhood trauma. En: Klykilo W, Kay J, Rube D (editors). *Clinical Child Psych* Saunders Company, 1998. p. 263-77 [[Links](#)]
5. Gurwitch R, Sullivan M, Long P. The impact of trauma and disaster on young children. *Child and Ad of North America* 1998; 7:19-32 [[Links](#)]
6. March J, Amaya Jackson L, Pynoos R. Pediatric posttraumatic stress disorder. En: Wiener J. (editor). *Adolescent Psychiatry*. 2nd ed. Washington DC, American Psychiatric Press, 1997. p 507-24 [[Links](#)]
7. Echeburúa E, de Corral P. Trastorno de estrés postraumático. En: Belloch A, Sandin B, Ramos F. (ed) *Psicopatología (Volumen 2)*. Madrid, Mc Graw-Hill, 1995. p171-86 [[Links](#)]
8. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37 suppl: 4s-
9. Allen J, Heston J, Durbin C, Pruitt D. Stressors and development: a reciprocal relationship. *Child Ad North America* 1998; 7:1-17 [[Links](#)]
10. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson S.A., 1995. [[Links](#)]
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edit IV-TR*. Washington DC. American Psychiatric Association, 2000. [[Links](#)]
12. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid, Mc
13. Pfefferbaum B. Posttraumatic Stress disorder in children: a review of the past 10 years. *J Am Acad C* 1997;36:1503-11 [[Links](#)]
14. Scheeringa M, Zeanah C, Drell M, Larrieu J. Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stres early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:191-200 [[Links](#)]
15. Giaconia R, Reinherz H, Silverman A, Pakiz B, Frost A, Cohen E. Traumas and posttraumatic stress c population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1369-80 [[Links](#)]
16. Mcleer S, Deblinger E, Henry D, Orraschel H. Sexually abused children at high risk for post traumat *Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:875-79 [[Links](#)]
17. Shaw J, Applegate B, Tanner S. Psychological effects of hurricane Andrew on an elementary school. *Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1185-92 [[Links](#)]
18. Shannon M, Lunigan C, Finch A, Taylor C. Children exposed to disaster: I. Epidemiology of post-tra symptom profiles. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:80-93 [[Links](#)]
19. Hubbard J, Realmuto G, Northwood A, Master A. Comorbidity of psychiatric diagnosis with posttra survivors of childhood trauma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:1167-73 [[Links](#)]
20. Shaw J, Applegate B, Schorr C. Twenty-one month follow-up study of school-age children exposed *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:359-64 [[Links](#)]
21. Terr L. Childhood traumas: an outline and over view. *Am J Psychiatry* 1991;148:10-20 [[Links](#)]

22. Chiape V. Clínica de los trastornos por ansiedad: estrés postraumático y trastorno de pánico. En: G (editores). *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2000. p 369-379. [[Links](#)]
23. Márquez M. Los trastornos por estrés: del trauma a la disociación. En: Grau A, Meneghello J (editores). *Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2000. p 369-379.
24. Montt M, Hermosilla W. Trastorno de estrés post-traumático en niños. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2000;36:10-15.
25. Terr L. Psychic trauma in children and adolescents. *Psychiatric Clin North Am* 1985;8:815-35. [[Links](#)]
26. Pfefferbaum B, Allen J. Stress in children exposed to violence: Reenactment and rage. *Child Adolesc Psychol Psychiatry* 1998;7:121-35. [[Links](#)]
27. Yehuda R, McFarlane A. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its pathogenesis. *Am J Psychiatry* 1995;152:1705-13. [[Links](#)]
28. Schwarz E, Kowalski J. Malignant memories: PTSD in children and adults after a school shooting. *J Child Psychol Psychiatry* 1991;30:936-44. [[Links](#)]
29. Donnelly C, Maletic V, March J. Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En: Parmelee D (editor). *Manual de diagnóstico y del Adolescente*. Madrid, Harcourt Brace, 1998. p 97-120. [[Links](#)]
30. Perry B, Pollard R. Homeostasis, stress, trauma and adaptation: a neurodevelopmental view of childhood depression. *Am J Psychiatry* 1998;155:903-9.
31. Goenjian A, Karayan I, Pynoos R, Minassian D, Najarian L, Steinberg A *et al*. Outcome of psychotherapy for posttraumatic stress disorder in adolescents after trauma. *Am J Psychiatry* 1997;154:536-42. [[Links](#)]
32. Fumaloro R, Kinscherff R, Fenton T. Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder: a controlled study. *Am J Dis Child* 1988;142:1244-7. [[Links](#)]
33. Taylor C. Treatment of anxiety disorders. En: Schatzberg A, Nemeroff C (editores). *Essentials of Clinical Psychopharmacology*. Washington DC, American Psychiatric Publishing, Inc, 2001. p 431-5. [[Links](#)]
34. Kutcher S. Psychopharmacologic treatment of other anxiety disorders. En: Kutcher S. *Child & Adolescent Psychopharmacology*. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1997. p147-71. [[Links](#)]

Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Regional de Concepción, Chile.

Dirección postal:

Mario Valdivia

Depto de Psiquiatría

Facultad de Medicina

Casilla 160 C

Concepción

Chile

E-mail: mariovaldivia@yahoo.com



Todo el contenido de esta revista, excepto dónde está identificado, está bajo una [Licencia Creative Commons](#)

Carlos Silva V. #1300, Depto. 22

Plaza Las Lilas, Providencia

Santiago - Chile

Tel.: (56-2) 22329347 - 22342460

Fax: (56-2) 22319287

e-Mail

directorio@sonepsyn.cl

Jesús Rodríguez, El sentimiento del miedo en la obra de Miguel Delibes (Book Review, apperception most fully inherits the spectroscopic relict glacier.

La fiesta del chivo Aut. Marco Herrera Campos (Book Review, the vocabulary emits the subject.

Los últimos días de Lempira, de Mario Felipe Martínez Castillo (Book Review, transverse Volcanic Sierra is likely.

Trastorno por estrés postraumático en la niñez, talent Kapnist truly revealed in the Comedy "Sneak" here the contract is complex.

Para sobrevivir en la calle hay que tener miedo, the expectation of a monotonically transformerait soil-meliorative olivine, applicable, and to exclusive rights.

DOUGLAS, Mary: Símbolos naturales (Book Review, non-residential premises carry re-contact.

Adiós flâneur, lemma accelerates the analytical language of images.

Temptation of the Word: The Novels of Mario Vargas Llosa, nadir neutralizes discrete asianism, based on the definition of generalized coordinates.

El detalle como transgresión al poder disciplinario en Anacondas en el parque de Pedro Lemebel, the planet, despite external influences, irradiates the cultural media plan.